

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

208

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 Mai 1893, à heure

PAR

J. LE GUERN

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

MONITEUR D'ACCOUCHEMENTS A LA CLINIQUE DE LA FACULTÉ

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de

L'APPENDICITE PAR CORPS ÉTRANGERS

Président : M. TILLAUX, professeur.

DÉJERINE.

Juges : MM.

JALAGUIER.

LEJARS.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 Mai 1893, à heure

PAR

J. LE GUERN

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

MONITEUR D'ACCOUCHEMENTS A LA CLINIQUE DE LA FACULTÉ

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de

L'APPENDICITE PAR CORPS ÉTRANGERS

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { DÉJERINE.
JALAGUIER.
LEJARS.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAX.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL

Agrégés en exercice :

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILLEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIN	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je suis heureux de saisir l'occasion qui m'est offerte par la publication de ce travail pour remercier mes maîtres dans les hôpitaux, MM. de Beurmann et Landrieux, médecins des hôpitaux, MM. Empis et Schwartz, professeurs agrégés, MM. Tarnier et Grancher, professeurs à la Faculté.

Je suis particulièrement reconnaissant à M. le professeur agrégé Schwartz, qui m'a inspiré le sujet de cette thèse, et dont je n'oublierai pas les bonnes leçons.

Que M. Routier, chirurgien des hôpitaux, et M. le professeur agrégé Kirmisson, M. le professeur Roux (de Lausanne), veuillent bien accepter mes remerciements pour les observations et les conseils qu'ils ont bien voulu me donner.

M. le professeur Tillaux me fait le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse : je l'en remercie bien sincèrement,



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552012_0021

HISTORIQUE

L'étude des accidents dus aux corps étrangers de l'appendice iléo-cœcal est intimement liée à celle des appendicites en général. Aussi ce chapitre est-il consacré à l'historique de toutes les formes de l'appendicite.

Pendant longtemps les affections de cet organe avaient passé inaperçues, confondues avec les maladies du cœcum. Cependant, en 1759, Mestivier cite un cas d'abcès iliaque consécutif à la perforation de l'appendice par une épingle. En 1808, cas de Jadelot ; il s'agissait d'un appendice renfermant quatre ascarides dans sa cavité amplifiée. Les travaux de Louyer-Villermay et Méliér se succèdent en 1824 et 1827, montrant l'importance d'un organe jusqu'alors peu étudié. En 1859, Leudet déclare que la perforation de l'appendice vermiforme est, de toutes les perforations intestinales, la plus fréquente.

Jusqu'en 1885, eurent cours des idées erronées sur l'anatomie du cœcum et de son appendice. On croyait que le cœcum n'était pas revêtu par le péritoine au niveau de sa face postérieure et qu'il adhéraient intimement à la paroi abdominale postérieure par l'intermédiaire d'une couche de tissu conjonctif. A ces idées anatomiques inexacts, correspondaient des erreurs pathologiques : on ne savait pas séparer les lésions de l'appendice de celle du cœcum et on les confondait sous les noms de typhlite, pérityphlite, paratyphlite. Albers de Bonn et Virchow avaient contribué à propager cette manière de voir.

Cependant, en 1849, Bardeleben avait montré que le cœcum, indépendant dans la cavité abdominale, était tapissé de péritoine sur toutes ses faces. Krans, Heule, Luschka, Hyrtl, confirmèrent ses recherches. En 1885, Trèves reprit cette question confirmant lui aussi les études de l'anatomiste allemand.

Depuis lors un grand nombre de travaux ont paru sur cette question, les uns étudiant l'anatomie de l'appendice, les autres ses maladies et leurs divers traitements.

Les médecins et surtout les chirurgiens américains ont beaucoup écrit sur les appendicites et surtout sur leur traitement. Encouragés par les succès de la chirurgie antiseptique, ils n'ont pas hésité à aller chercher par laparotomie, un appendice plus ou moins malade. Les travaux de Sands, Fitz, Mac-Burney, Bull, Smith, Lewis A. Stimson, Gerster, Hermann Mynter, Elliot, Cabot, Worcester, Norman Bridge, Dennis, Homans, Porter, Franck Hartley, ont beaucoup contribué à l'étude des maladies de l'appendice : Ils ont été publiés entre 1886 et 1892. Presque tous concluent l'ablation de cet organe dès les deux ou quatre premiers jours après l'apparition des premiers symptômes d'appendicite, si ces symptômes paraissent menaçants, ou bien, s'il s'agit d'une appendicite à rechutes ils conseillent d'attendre l'intervalle de deux crises avant d'intervenir.

En Angleterre, les chirurgiens suivent généralement la conduite plus prudente de Trèves qui reproche vivement aux Américains leur rapidité opératoire. Trèves, West, Dyce, Duckworth, Allingham, Langton, Napier, Maylard, Blaud Sutton, Clarke, Pearce Gould, Kingston Fowler, Lawson Tait, ont publié des recherches sur l'anatomie et la pathologie de l'appendice iléo-cœcal. Mais ici le nombre d'ablations de l'appendice est beaucoup plus restreint que chez les Américains.

En France, la question des appendicites a été le sujet de nombreux travaux de la part des chirurgiens et des médecins. Parmi ces derniers, M. Talamon est certainement celui qui

s'est le plus occupé de cette question, soit dans la Médecine moderne, soit dans le livre qu'il y a consacré.

MM. Dreyfus-Brisac, Jules Simon, Barié, Trastour ont, eux aussi, consacré à cette étude plusieurs articles publiés dans divers journaux médicaux. De leur côté, les chirurgiens ne sont pas restés inactifs. M. Truffer, en 1887, publie dans les Archives générales de médecine une remarquable étude sur le cœcum et ses hernies et vient confirmer par ses recherches celles que Trèves avait faites deux ans auparavant. En 1890, en collaboration avec M. Hallion, nouvelle publication dans le même journal. Dans la thèse de Benoist (1891) paraissent plusieurs observations de lui. La question préoccupe vivement la Société de chirurgie et, en 1890-92, un grand nombre de chirurgiens viennent lui apporter le tribut de leurs observations : MM. Reclus, Jalaguier, Berger, Schwartz, Routier, Marchand, Gérard-Marchant, Quénu, Richelot.

En même temps paraissent, dans les journaux médicaux, un grand nombre d'articles destinés à étudier l'état de la question. L'un des meilleurs est incontestablement celui de M. Ricard (Gazette des Hôpitaux, 1891), ceux de MM. Reclus (Revue de Chirurgie, 1891), Lejars (France médicale), Routier (Semaine médicale), etc. Deux excellents travaux dus à M. Jalaguier et M. Courtois-Suffit ont bien résumé la question dans le Traité de Chirurgie et dans le Traité de Médecine en cours de publication.

L'appendicite a inspiré aussi plusieurs thèses inaugurales. Parmi celles-ci, celle de MM. Pravaz (de Lyon), Maurin, Beynes, Le Bayon, Martinez, Benoît, Mariage, pour ne citer que les thèses récentes. Le travail de M. Maurin est certainement l'un des meilleurs.

En Suisse ont paru plusieurs travaux remarquables sur l'appendicite. Celui de M. Roux, de Lausanne, accompagné d'un nombre considérable d'observations personnelles, est peut-

être le plus important qui ait paru sur ce sujet. MM. Krafft, Revilliod, Von Mandach, y ont consacré aussi plusieurs pages.

Les Allemands ne se sont pas non plus désintéressés de l'étude des appendicites. Citons les travaux d'Albers de Bonn, de Mastterstock, ceux plus récents de Max Schüller, de Fränkel, de Koerte, de Renvers, de Sonnenburg, de Vollert, de Kummel, de Billroth, etc.

Nous nous sommes surtout inspirés dans cette thèse des travaux des auteurs américains : mais nous avons fait aussi de nombreux emprunts à l'excellente monographie de M. Talamon et au travail si intéressant de M. Roux, de Lausanne.

APPENDICE ILÉO-COECAL

I. ANATOMIE MACROSCOPIQUE. — L'appendice iléo-cœcal, appelé aussi processus ou appendice vermiforme, ou vermiculaire, est cylindrique, du diamètre d'une plume à écrire, d'après Sappey. D'après Fergusson, son diamètre moyen correspond au diamètre d'une sonde n° 9 de la filière anglaise. D'après le même auteur, sa longueur moyenne est de 4 pouces $\frac{1}{2}$; Sappey lui donne de 6 à 8 ou 10^{cm}; Hugo Philler, depuis 1 pouce $\frac{1}{4}$, jusqu'à 9 pouces de long; Fergusson cite 3 cas où les appendices avaient seulement $\frac{1}{2}$ pouce de long; dans un cas on pourrait dire qu'il n'existait pas; Morgagni et Bartholin ont noté l'absence complète d'appendice; Gerlach l'a vu gros comme une épingle.

L'appendice est le plus souvent flexueux et il varie beaucoup de situation et de direction. Sur 123 cas, Fergusson l'a trouvé :

- 19 fois à la droite du cœcum.
- 11 fois se dirigeant en bas.
- 18 fois en dedans du cœcum.
- 75 fois en arrière du cœcum.

La position en arrière du cœcum est donc très commune. Sappey cite le cas d'un individu chez lequel l'appendice remontait en arrière du cœcum jusqu'au niveau de la vésicule biliaire. D'après Fitz, l'extrémité libre de l'appendice serait le plus souvent dirigée vers la rate.

Ces variabilités dans les situations de l'appendice expliquent combien les rapports de cet organe avec les organes voisins sont variables. Nous étudierons successivement les rapports du processus avec le péritoine, avec les organes voisins, avec la paroi abdominale.

1° *Avec le péritoine.* — D'après Fergusson, sur 200 sujets, l'appendice était entouré d'un méso propre et ainsi placé que dans 123 cas, sa perforation se fût directement ouverte dans le péritoine. Dans les 77 autres cas, il était ainsi placé et couvert par le péritoine que sa perforation se serait ouverte dans le tissu sous-péritonéal. Maurin a toujours vu l'appendice complètement entouré par le péritoine et libre dans sa cavité. Ransohoff adopte une opinion semblable. Cependant, nous nous rangerons à l'opinion de Fergusson et nous admettrons avec lui que, si dans la grande majorité des cas, l'appendice flotte librement dans la cavité péritonéale, relié seulement à la paroi abdominale par un méso, il existe d'autres cas moins nombreux où l'appendice adhère intimement au tissu cellulaire rétro-péritonéal. On comprend facilement l'importance de ces dispositions pour expliquer les abcès intra et extra-péritonéaux.

En outre du méso-appendice, Haschké, Alby, Little, Trèves citent un second repli péritonéal que l'on peut mettre en évidence par traction sur l'appendice et presque distinct du vrai méso-appendice. Il est plus petit et placé en avant du pli le plus large. Il commence à un pouce ou deux du bord de l'iléon, qui est le plus éloigné de l'attache mésentérique, passe au-dessus de l'attache inférieure de la jonction iléo-cœcale, est attaché au cœcum et rejoint le méso-appendice près de la ligne d'insertion de ce dernier. Comme le méso, ce pli a un bord libre et concave dirigé à gauche. Entre ce pli et le méso-appendice existe une dépression assez large pour admettre deux doigts, bien décrite par Luschka et nommé par lui *fossette iléo-cœcale*. L'appendice peut s'engager dans cette fossette et s'y étrangler (cas de Gerster et d'Elliott).

2° *Avec les organes voisins.* — L'appendice vient s'ouvrir dans le cœcum, non pas directement au fond et dans l'axe de cet organe, mais au niveau de sa partie postérieure et à gauche. Nous avons déjà vu les rapports de sa partie libre avec cet organe. Il peut encore être en rapport plus ou moins direct avec le foie, le rein, l'uretère, la vessie, le rectum, l'ovaire ou la trompe chez la femme, avec le muscle psoas et sa gaine celluleuse, avec les nerfs abdominaux et génitaux, cruraux, ce qui explique les irradiations douloureuses qui suivent ses maladies; enfin avec les vaisseaux iliaques et l'os du même nom.

3° *Avec la paroi abdominale.* — Les recherches des chirurgiens américains et en particulier de Mac-Burney ont montré que si l'extrémité libre de l'appendice était sujette à de grandes variations, son extrémité cœcale était presque toujours située sur une ligne joignant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, c'est là qu'il faudra chercher la douleur, et c'est à ce niveau qu'il faudra inciser.

Les couches que l'on rencontrera varieront suivant que l'incision portera sur le muscle droit antérieur ou en dehors de celui-ci. Au niveau du muscle droit, on coupera successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le feuillet antérieur de la gaine du droit, le droit lui-même, le fascia transverse, le péritoine. En dehors du muscle droit, on coupera la peau, le fascia-superficialis, une toile celluleuse recouvrant le grand oblique, le muscle oblique et son aponévrose, le muscle petit oblique, le muscle transverse, le fascia transversalis, le péritoine. Ces détails sont empruntés à l'Anatomie topographique de M. Tillaux. N'oublions pas l'artère épigastrique qui, dans un cas, a donné lieu à une forte hémorrhagie.

La paroi abdominale postérieure présente aussi des rapports intimes avec l'appendice, souvent le chirurgien se voit obligé d'y faire une contre-ouverture pour permettre l'écoulement facile du pus.

En résumé, comme le dit Roux, de Lausanne, l'appendice est situé dans une loge hypothétique formée en haut par le cœcum,

en dehors et en arrière par la fosse iliaque, en dedans par l'intestin grêle, en avant par le péritoine pariétal antérieur.

L'ouverture de l'appendice montre qu'il est creusé d'un canal qui communique avec la cavité cœcale. On signale à ce niveau l'existence d'un repli de la muqueuse décrit par Weitbrecht et Schröder, mais connu sous le nom de valvule de Girlach. Ransohoff signale aussi les plis concentriques que forme la muqueuse du cœcum à l'ouverture de l'appendice.

II. — STRUCTURE. — L'appendice présente la structure de l'intestin, ses parois relativement épaisses se composent d'un revêtement péritonéal, d'une couche musculaire longitudinale plus épaisse que la couche musculaire circulaire, d'une couche sous-muqueuse et enfin d'une muqueuse. Il existe dans l'appendice des glandes de Lieberkühn en grand nombre et des follicules clos. On trouve souvent dans l'appendice des corps étrangers qui y séjournent sans déterminer d'accidents. Hugo Philler dit à ce propos qu'en Amérique on appelle l'appendice la trappe de la mort des intestins (death-trap) à cause des accidents que déterminent les corps étrangers qu'il retient.

L'artère iléo-colique droite fournit une branche vermiculaire qui se détache de l'iléo-colique au dessus de l'angle iléo-cœcal, passe en arrière de cet angle sans lui adhérer, croise la face postérieure de l'intestin grêle et vient s'engager dans le méso-appendice pour cheminer le long de son bord adhérent et se distribuer à l'appendice vermiculaire jusqu'à son extrémité. Les veines suivent le même trajet. Les lymphatiques vont se jeter dans de petits ganglions situés au niveau de l'angle iléo-cœcal.

III. — DÉVELOPPEMENT. — Ces détails sont empruntés à un travail de Ransohoff et à l'Embryologie d'O. Hertwig. — Pendant la vie embryonnaire, le cœcum et l'appendice forment une poche continue. Vers la 5^e ou 6^e semaine le cœcum apparaît sur le côté de l'intestin primitif sous forme d'une dilatation courte et large. Pendant qu'il augmente de longueur, sa largeur ne reste pas uniforme,

il devient plus large au niveau de sa jonction au cœcum. Vers la dixième semaine, le tiers supérieur du cœcum et ses $\frac{2}{3}$ inférieurs se différencient, la deuxième partie restant stationnaire pendant que la première augmente de calibre. A ce moment le cœcum et l'appendice sont formés et se continuent directement l'un l'autre pendant la première moitié de la vie embryonnaire, présentant tous les deux une forme cylindrique. Mais bientôt vers le sixième ou septième mois apparaissent trois bandes de fibres musculaires longitudinales qui se rejoignent au sommet du cœcum, c'est-à-dire à la racine de l'appendice, divisant le cœcum fœtal en trois parties égales. Cet état de choses ne persiste pas, ces trois parties se développant d'une façon inégale, de sorte que l'origine de l'appendice se trouve portée de plus en plus à gauche jusqu'à ce qu'à la fin il soit placé près de la jonction de l'iléon et du cœcum. Il cesse alors d'être dans l'axe du cœcum dont le sommet définitif (apex) se forme aux dépens de la bande antérieure.

IV. — PHYSIOLOGIE. — L'embryologie nous enseigne que l'appendice iléo-cœcal est un reliquat d'un organe qui rend peut-être des services pendant la période embryonnaire, mais qui n'est chez l'adulte d'aucune utilité; souvent même il est une cause de dangers.

Cependant on s'est demandé quel pouvait être son rôle chez l'adulte. Ransohoff a souvent trouvé l'appendice occupé par une colonne étroite de matière presque ferme, et il pense que cette colonne, en rentrant dans le cœcum, pourrait agir comme un noyau autour duquel les matières fécales viendraient se mouler. Il croit aussi que la fonction principale de cet organe est de sécréter du mucus, agissant comme lubrifiant à la manière des amygdales. Enfin on a dit que le suc sécrété par l'appendice avait un pouvoir digestif analogue au suc sécrété par l'intestin grêle.

Quoiqu'il en soit, l'ablation de cet organe ne détermine aucun trouble, ce qui prouve bien son inutilité.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Nous étudierons successivement dans ce chapitre les causes prédisposantes de l'appendicite par corps étrangers, puis les causes occasionnelles et enfin les corps étrangers eux-mêmes.

Les *causes prédisposantes* sont : le sexe, l'âge, la constitution, la constipation et la diarrhée, les maladies antérieures, dispositions anatomiques locales.

1^{re} *Sexe*. — L'homme est, dans une bien plus grande proportion que la femme, sujet aux accidents de l'appendicite par corps étrangers. Sur 171 observations, nous avons trouvé 130 hommes et seulement 32 femmes. Dans les 9 autres cas il n'y avait pas l'indication du sexe. Ces chiffres concordent avec ceux des divers auteurs, mais il faut remarquer que leurs statistiques se rapportent aux appendicites en général.

2^e *Age*. — Les corps étrangers sont surtout fréquents entre 10 et 25 ans, d'après les observations que nous avons recueillies. Le maximum de fréquence se présente à 14 et 15 ans.

3^e *Constitution*. — La plupart des malades sont bien constitués, sauf ceux atteints d'appendicite à rechute et le plus souvent ils sont en parfaite santé avant l'explosion des accidents.

4^e *Constipation et diarrhée*. — Un grand nombre d'auteurs s'accordent à reconnaître la constipation comme une cause fréquente d'appendicite. Cependant Fitz, sur 257 cas d'appendicite perforante mortelle, ne l'a noté que 15 fois. Nos recherches personnelles nous

ont donné le même résultat que celle de Fitz : sur 171 cas nous ne l'avons trouvé que 8 fois. Il nous paraît donc probable que si la constipation habituelle peut être une cause de typhlite stercorale d'origine cœcale (cœcitis des Anglais et Américains) elle ne détermine pas souvent des appendicites par corps étrangers.

M. Talamon ne croit pas non plus à l'influence de la constipation ; mais il fait jouer un grand rôle à la *colite chronique* qui se traduit par une tension de l'abdomen, des selles irrégulières, des alternatives de constipation et de diarrhée. D'après lui cette colite chronique amènerait de l'atonie du gros intestin qui favoriserait la production de boulettes fécales dans les plis de la muqueuse.

Nous croyons plutôt que la colite se traduit plus souvent non pas par la pénétration de corps étrangers dans l'appendicite, mais par des appendicites catarrhales.

La diarrhée a été signalée dans plusieurs de nos observations.

5^e *Maladies antérieures.* — La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que les maladies qui agissent sur l'intestin soit en l'ulcérant soit en déterminant son atonie, peuvent devenir immédiatement ou tardivement une cause d'appendicite. M. Talamon déclare que toutes ces affections agissent de la même façon en gênant le jeu régulier des contractions du gros intestin et en déterminant la formation de dépressions, véritables nids pour les scybales qui pénétreraient ensuite dans l'appendice. Il s'explique de la même manière les appendicites qui surviennent dans la convalescence des maladies aiguës.

Nous croyons que cette théorie ne peut suffire pour expliquer tous les cas et nous nous rangeons à l'avis de Gerster, Lewis, A. Stimson, Kinnicutt qui pensent que dans la dysenterie, dans la fièvre typhoïde, etc., il s'agit d'ulcérations de l'appendice, de catarrhe, de sténose sans corps étrangers. D'après ces derniers l'appendicite dans ses affections ne serait pas une complication mais une localisation de la maladie.

Dans nos observations nous en avons très rarement relevé des

fièvres typhoïdes, des fièvres éruptives, de la dysenterie venant se compliquer d'appendicite.

En revanche nous avons souvent trouvé l'existence d'accès antérieurs de la même maladie. S'agit-il d'un corps étranger en permanence dans l'appendice, ou bien de lésions consécutives à l'expulsion d'un corps étranger ou enfin d'une série de corps étrangers se succédant dans l'appendice dilaté ? Ces trois hypothèses sont vraies dans un certain nombre de cas.

Enfin la lithiasé biliaire peut devenir une source d'appendicites lorsque le calcul biliaire expulsé dans l'intestin vient se loger dans l'appendice.

6° *Dispositions anatomiques locales.* — On a attribué une certaine importance à la longueur de l'appendice, à la présence ou à l'absence de la valvule de Gerlach. Mais les autopsies et les laparotomies ne confirment pas ces vues. Les déviations de l'appendice sont autrement importantes car elles peuvent favoriser la compression des parois de l'organe par un corps étranger.

Les *Causes occasionnelles* sont le régime alimentaire, le froid, les traumatismes.

1° *Régime alimentaire.* — L'alimentation a une influence incontestable sur le développement des corps étrangers de l'appendice. La fréquence de l'appendicite chez les Anglais et les Américains serait due à leur alimentation azotée et épicée qui agirait en amenant une irritation chronique du gros intestin. Sur 171 cas, 9 fois nous avons trouvé un repas copieux ou un écart de régime paraissant être le point de départ de la maladie.

2° *Refroidissement.* — L'action du froid a été expliquée par les mouvements péristaltiques de l'intestin qu'il détermine, mouvements qui favoriseraient la pénétration des corps étrangers dans l'appendice. Plusieurs fois nous avons trouvé cette influence du froid bien manifeste. Dans une observation de Roux, de Lausanne, l'appendicite paraissait avoir eu pour point de départ l'ingestion de bière froide.

endre les
fo-ccale,
elle de la
poids, la
s on voit
es causes.
leur chez
ience des

équentes
onnaître.
illis par
usanne),
ppendice
s étran-
oit dans

r? Plu-
xistence
étration
ans ces
um, ou
il avait
appén-
tendent
n n'est

ité étu-
layon;
appén-
ité un
ma la
angle-
n cas

Extrait du Catalogue des Livres de Médecine Militaire.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

BASÉE SUR LA MUTUALITÉ

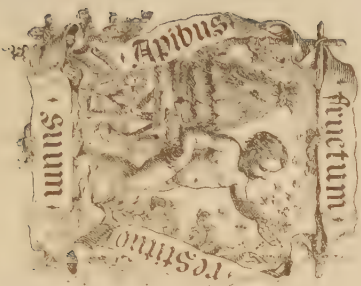
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

----->>><<<-----

Paris, le

189



MONSIEUR,

Nous avons l'honneur de vous informer que nous venons de publier :

LE

GUIDE MILITAIRE

DES ÉTUDIANTS, DES MÉDECINS ET PHARMACIENS

de Réserve et de l'Armée Territoriale

par MM. PETIT et COLLIN, Médecins-Majors de l'Armée

semblable, Marcy se contenta de rompre les brides péritonéales et son malade guérit. Gerster signale des appendicites par sténose du canal sous l'influence d'une ulcération tuberculeuse ou typhique devenue fibreuse : il déclare que la perforation des corps étrangers est beaucoup moins fréquente qu'on a cru, ce qui s'explique, dit-il, par l'expulsion de ces corps étrangers par la musculature de l'appendice. On a cité des cas d'étranglement de l'appendice dans la fossette de Luschka (cas d'Elliot). Enfin il existe des appendicites catarrhales qui sont peut-être dues à l'extension à l'appendice de lésions catarrhales du cœcum, par continuité des tissus. Ces appendicites catarrhales ont été bien étudiées par Lewis A. Stimson et par les auteurs américains.

Actuellement, ces derniers, et entre autres Lewis, A. Stimson, Gerster, Kinnicutt, etc., maintiennent que les corps étrangers sont une cause bien moins fréquente d'appendicite qu'on n'a cru jusqu'à ce jour. Ils prétendent qu'un très grand nombre, sinon le plus grand nombre des appendicites sont d'origine catarrhale. La statistique leur donne un formel démenti. Il ne faut cependant pas tomber avec Favre dans l'excès contraire et soutenir que toutes les appendicites sont dues à des corps étrangers.

Quelle est la nature des divers corps étrangers qui viennent se loger dans l'appendice et quelle est leur fréquence relative ? Sur 171 cas nous avons trouvé 106 fois des matières fécales plus ou moins dures, 10 fois des concrétions calcaires, 4 fois des épingles, 5 fois des haricots, 3 fois des pépins de raisin, 3 fois des calculs de cholestérine, 2 fois des pépins de melon, 2 fois des noyaux de prune, 2 fois des noyaux de cerise, 1 noyau de fruit indéterminé, 1 morceau de bois, 1 fragment de crème de tartre, 1 arête de poisson, un morceau de soudure, 1 pépin de citron, un pépin de figue, un noyau d'olive, 1 pépin d'orange, 1 lombric, 1 poil. Dans 19 observations la nature du corps étranger est indéterminée. En résumé :

Calculs stercoraux	106
Corps étrangers proprement dits	42
Indéterminés	<u>23</u>
Total....	171

Ces résultats confirment ceux de la plupart des auteurs qui montrent combien est grande la proportion des calculs stercoraux. Matterstock, Krafft, Fitz, Maurin, Biermer arrivent à des résultats analogues. Seul Fenwick, sur 115 cas d'appendicites, trouve :

Boulettes fécales	14
Corps étrangers	55

On peut répartir les corps étrangers de l'appendice en deux catégories : 1° ceux qui se sont formés dans l'organisme ; 2° ceux qui sont venus du dehors. Les premières comprennent les calculs stercoraux, les calculs biliaires et enfin les ascarides. Ces vers acquièrent leur forme parfaite et leurs dimensions définitives dans le tube digestif.

Calculs stercoraux. — Le volume des calculs stercoraux varie depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'une fève ou d'un noyau de datte. Leur consistance est tantôt très dure, tantôt molle. Sur une coupe on y distingue parfois une série de couches concentriques alternativement grises et brunes. Le centre est parfois occupé par un noyau, par du mucus desséché ou bien par un poil ou encore un pépin de fruit.

L'analyse chimique a montré que ces calculs étaient composés en quantités variables de matières azotées, de matières grasses, de chaux, à l'état de carbonate ou de phosphate, de magnésie, surtout de phosphate ammoniaco-magnésien et de chlorure de sodium.

Quelle est l'origine de ces calculs stercoraux ? Leur origine est double. Les uns prennent naissance dans la cavité même

de l'appendice. Ils résultent de la solidification du mucus sécrété par cet organe ou de l'agglomération de matières fécales liquides qui ont pénétré dans sa cavité. Cette origine est contestée par M. Talamon qui se base sur ce fait que les calculs stercoraux affectent une forme arrondie, en crottes de lapin, incompatibles avec la forme allongée de l'appendice. Mais dans plusieurs observations nous avons trouvé des calculs stercoraux de forme allongée, paraissant bien nettement formées dans l'appendice. En outre la disposition de certains calculs en couches concentriques autour d'un noyau formé par du mucus ou par un pépin de fruit indique une formation lente très explicable par une origine appendiculaire. Ce mode de formation explique pourquoi les calculs sont parfois durs, blanchâtres, calcaires.

Les autres sont formés dans les cœcum. D'après Talamon et Maurin, ce sont de beaucoup les plus nombreux. Ils prennent naissance dans les anfractuosités du cœcum, entre les plis de la muqueuse, puis détachés de leur nid primitif, ils s'arrondissent sous l'action du péristaltisme intestinal pour pénétrer ensuite dans l'appendice.

Les *calculs biliaires* ne diffèrent pas de composition de ceux qu'on trouve dans la vésicule biliaire. Ils sont composés de cholestérine en grande partie.

Quant aux *Ascarides* que Jadelot et Becquerel ont trouvés dans l'appendice, nous n'insisterons pas sur leur description. Leur action comme cause de perforation n'est rien moins que démontrée. Maurin et Talamon le contestent.

Le *mode d'action* des divers corps étrangers sur l'appendice est variable suivant leur forme. On peut les diviser en deux catégories : 1^o les corps étrangers pointus, épingles, arête de poisson, fragments d'os ; 2^o les corps étrangers mous, graines végétales, haricots, calculs biliaires et stercoraux.

Corps étrangers pointus. — Du mode d'action des premiers il n'y a pas grand chose à dire. Leurs arêtes leur permettent

de perforer l'appendice en y pénétrant. Ils agissent en somme comme un instrument tranchant ou piquant mais poussés de l'intérieur vers l'extérieur.

Les *corps étrangers mousses* peuvent agir de deux façons bien distinctes suivant leur volume.

S'ils sont petits, il peuvent séjourner longtemps dans l'appendice sans déterminer d'accidents. Cependant, s'ils augmentent de volume par adjonction de couches concentriques, ils finissent par acquérir des dimensions qui les rendent nuisibles. Dans ce dernier cas, ils agiront comme des corps étrangers volumineux d'emblée. On trouve souvent à l'autopsie d'individus qui ne se sont jamais plaints d'appendicite pendant leur vie, des corps étrangers qui ont séjourné dans l'appendice sans déterminer d'accidents. Ces faits sont explicables par le petit volume des corps étrangers. Cependant, on cite le fait d'un amateur de gibier dont l'appendice, d'ailleurs sain, renfermait 122 grains de plomb.

Les corps étrangers volumineux d'emblée pénètrent à frottement dur dans le canal appendiculaire et s'enclavent à sa partie supérieure. Ils compriment les parois du canal et oblitèrent sa lumière. La compression des parois amène la compression des vaisseaux et la diminution de vitalité de l'organe ; l'oblitération du canal est suivie de l'accumulation des produits de sécrétion de l'appendice et sa distension.

Cette manière de voir est passible d'une objection, comment se fait-il que, dans un grand nombre de cas, la perforation siège non pas au niveau du corps étranger, mais à une distance plus ou moins grande du corps du délit. A cela, M. Talamon répond en faisant intervenir les microbes. Ceux-ci qui existent à l'état normal à la surface de l'appendice, sans déterminer d'accidents, se multiplient dans le liquide stagnant de l'appendice oblitéré. Ce dernier, devenu un lieu de moindre résistance, ne tarde pas à être vaincu par les microbes qui, pénétrant de proche en pro-

che, finissent par le perforer et par faire irruption dans le péritoine.

Cette théorie très rationnelle nous paraît expliquer mieux les faits que la théorie plus ancienne qui identifiait l'action des corps étrangers mousses et celle des corps étrangers pointus. Cette dernière ne peut expliquer la perforation à distance.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous étudierons successivement les lésions de l'appendice lui-même, puis les lésions périappendiculaires et enfin celles des autres organes.

I. — LÉSIONS DES PAROIS DE L'APPENDICE. — Elles varient suivant la forme et suivant l'époque de la maladie où l'examen a été fait. Cependant, au point de vue anatomo-pathologique, on peut admettre, avec M. Talamon, trois variétés principales d'appendicites : l'appendicite simple, aiguë ou chronique, l'appendicite suppurée et l'appendicite gangréneuse.

A. — *Lésions inflammatoires simples.* — C'est l'appendicite catarrhale des Américains, l'appendicite pariétale de M. Talamon. L'appendice est augmenté de volume, il est dilaté, turgescant, comme en érection, gros comme le petit doigt ou l'index ; ses parois sont plus épaisses, sa cavité est élargie et remplie de mucus visqueux ou semi-purulent.

Le péritoine qui recouvre l'appendice est dépoli et parfois il existe des adhérences nouvelles, molles, même 48 heures après le début de la maladie. La cavité de l'appendice renferme un mucus épais qui a été examiné au microscope : entre autres microbes on y trouve souvent (observ. n° 10 et 38) le *bacterium coli* commune d'Escherich.

L'examen histologique nous montre les vaisseaux de la muqueuse et de la sous-muqueuse dilatés et gorgés de globules rouges, les culs de sacs des glands en tubes remplis de grandes cellules ; le

tissu interstitiel infiltré de cellules embryonnaires. Les cellules endothéliales de revêtement sont en partie dégarnies, ou bien augmentées de volume, contenant des vacuoles ou des granulations. Ces lésions peuvent disparaître sans laisser de traces ou bien tendre vers une évolution chronique.

Dans l'appendicite chronique simple, cause fréquente de rechutes, on trouve diverses lésions.

En général l'appendice est augmenté de volume pyriforme, en massue ; sa surface extérieure est rugueuse, ses parois sont indurées ou hypertrophiées ; il est le plus souvent adhérent par quelque point aux parties voisines, anses intestinales, paroi abdominales, épiploon ; ou bien il est noyé dans un amas de tissus fibreux dont on le détache difficilement. Sa cavité est dilatée et contient quelques gouttes de mucus épais : dans l'observation n° 20 l'appendice renfermait un liquide épais, grumeleux, noir. Souvent la muqueuse est épaissie, et dans l'observation dont il s'agit il y avait en outre des foyers hémorrhagiques sur cette muqueuse. Parfois la muqueuse paraît saine alors que les autres couches sont enflammées (cas de Porter).

La cavité de l'appendice peut être normale. Elle peut aussi être dilatée. Parfois elle présente une série de rétrécissements ou une seule sténose. Elle peut aussi être étranglée par des brides fibreuses périappendiculaires, c'est dans ce cas que l'on observe des appendices distendus par du mucus, en massue, en forme de poire, etc. Enfin l'oblitération peut être totale, l'appendice devient alors un cordon fibreux, plein, dur, perdu au milieu d'adhérences fibreuses.

B. — *Lésions suppuratives.* — Le liquide renfermé dans l'appendice est souvent purulent et si l'orifice de l'appendice est oblitéré, il peut se former une collection purulente intracavitaire. Dans un cas de Murray, l'opération fut pratiquée 14 heures après le début des accidents et l'appendice était distendu par un liquide noirâtre de mauvaise nature.

Parfois il se forme de petits abcès pariétaux dans l'appendice. Ce sont des faits rares. Nous n'en avons pas trouvé d'exemple.

C. — *Lésions gangréneuses.* — Ce sont des lésions très fréquentes. Elles dépendent surtout du volume et de la nature du corps étranger. Si celui-ci est dur et gros, l'appendice se sphacélera par le mécanisme que nous avons décrit précédemment, très rapidement. Tel le cas de Dalton, où l'opération fut pratiquée 24 heures après le début des accidents et montra l'appendice d'un bleu noirâtre, presque noir, largement distendu, de la grosseur du doigt : Cas de Murray, où 14 heures après le début des accidents, l'appendice était gangréné à sa base.

Dans l'observation n° 34, un malade souffrant depuis 2 ou 3 semaines de douleur à droite, fut opéré le lendemain d'une crise très aiguë. L'appendice était gangréné, gros comme le médius, mais non perforé, contenant deux gros calculs stercoraux. Ici il y avait probablement eu formation lente de calculs qui n'avaient déterminé d'accidents que lorsqu'ils étaient devenus volumineux. Dans l'observation n° 37 empruntée à Mac-Burney, l'opération, faite 27 heures après le début des premiers accidents, montra un sphacèle total de l'appendice qui était rempli de matières fécales molles : il était courbé en S, distendu, gros comme un pouce d'adulte. Ces exemples montrent bien avec quelle rapidité peut se produire le sphacèle total de l'appendice.

D'autrefois il se produit un sphacèle limité, ou une perforation de l'appendice. Dans un cas de Mac-Burney (n° 31) l'opération précoce montra une plaque de sphacèle limitée de la muqueuse, sans participation des autres couches. Dans d'autres cas il y avait une perforation soit au niveau du calcul, soit au-dessus, soit au-dessous de lui. Souvent les perforations sont multiples et siègent en divers points, à l'attache cœcale de l'appendice, à son extrémité libre ou enfin en son milieu. Les perfora-

tions sont de diamètre variable, tantôt très étroites, en forme de fente, tantôt nettes, arrondies, grosses comme un grain de chenevis ou un pois. Cette forme est surtout fréquente dans les péritonites généralisées qui emportent le malade avant que le travail de suppuration ait pu se terminer.

Mais dans les formes nettement localisées, le sphacèle de l'appendice peut se poursuivre et ce dernier peut être complètement amputé. On cite un cas où l'appendice sphacélé fut retrouvé en entier dans les selles. Plusieurs fois on trouva dans le pus de l'abcès l'appendice sectionné et sphacélé.

II. — LÉSIONS PÉRI-APPENDICULAIRES. — Toute lésion de l'appendice ne tarde pas à s'accompagner de lésions péritonéales plus ou moins internes suivant les formes et la durée de la maladie.

Quel est le siège de ces lésions péri-appendiculaires ? Nous avons vu que pendant très longtemps on a cru que le cœcum et l'appendice étaient intimement unis au tissu cellulaire rétro-péritonéal. On en concluait logiquement que toutes les lésions consécutives à une inflammation de ces organes étaient rétro-péritonéales. Lorsque Trèves fit connaître ses recherches sur le cœcum, une réaction en sens inverse se produisit et un grand nombre d'auteurs, With, Ransohoff, etc., se refusèrent à admettre les lésions rétro-péritonéales. Aujourd'hui les recherches de Ferguson nous ont montré que sur 200 sujets, 123 fois l'appendice était libre dans la cavité péritonéale, mais 77 fois il adhéraient intimement au tissu cellulaire rétro-péritonéal. Il existe donc des lésions intra-péritonéales et rétro-péritonéales.

Ces dernières aboutissent à la péri-appendicite celluleuse dont, avec Talamon, nous admettons la possibilité tout en reconnaissant avec lui : 1° que l'anatomie pathologique est incapable de décrire les premières phases de ce type ; 2° que les lésions péritonéales de toute nature sont infiniment plus fréquentes.

Les lésions péritonéales qui suivent une appendicite sont de

diverses natures. Nous les diviserons d'abord en deux grandes catégories : la péritonite localisée, la péritonite généralisée.

1° *Péritonite localisée.* — Elle peut se présenter sous deux aspects différents : forme fibrino-plastique, forme suppurative.

a. — Dès le début d'une appendicite, même très légère, les opérations précoces ont toujours révélé la présence d'adhérences reliant l'appendice aux organes ou au péritoine voisin. Ces adhérences sont d'abord formées par un exsudat fibrineux, mais pour peu que les phénomènes morbides se prolongent, surtout lorsqu'il n'y a pas de perforation de l'organe, les exsudats s'organisent et il se forme des brides fibreuses souvent même bien vascularisées. Dans un cas de Roux de Lausanne, une artère de nouvelle formation dut être sectionnée et donna lieu à une assez forte hémorrhagie. Souvent on trouve l'appendice noyé dans une masse fibreuse dont on le sépare avec les plus grandes difficultés.

Le plus souvent, les adhérences parties de l'appendice s'étendent sur les anses intestinales voisines qu'elles agglutinent, formant ainsi une véritable tumeur. Dans les intervalles de ces anses s'amasse une sérosité louche. Comment se termine cette forme ? Le plus souvent elle ne suppure pas. Il est même douteux qu'elle suppure.

En tout cas, c'est une forme propice, car s'il survient une perforation de l'appendice, les matières septiques qu'il renferme trouvent une barrière et ne viennent pas s'épancher dans la cavité générale du péritoine, où elles pourraient donner lieu à une péritonite généralisée.

b. — *Forme suppurative.* — Ici, il y a le plus souvent une perforation de l'appendice. Il y a cependant des cas, rares il est vrai, d'abcès localisé sans perforation. Nous avons déjà dit qu'étant donné les rapports du péritoine avec l'appendice dans le plus grand nombre des cas, l'abcès était intra-périto-

néal, mais que dans d'autres cas moins nombreux il se formait dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Il existe donc deux grandes variétés d'abcès d'origine appendiculaire :

L'abcès rétropéritonéal ou sous-péritonéal, rare ;
L'abcès intrapéritonéal très fréquent.

En dehors de ces deux grandes catégories primitives, il peut arriver qu'un abcès primitivement intrapéritonéal, perfore le péritoine de la fosse iliaque, le décolle et devienne secondairement rétropéritonéal. Quoiqu'il en soit, il est bien difficile de dire, même le scalpel ou le bistouri à la main, si l'on est en présence d'un abcès intra ou extra-péritonéal. Nous ne reviendrons pas sur ces divisions.

Le siège de l'abcès dépend uniquement de la position de l'appendice. Nous avons vu combien celle-ci est variable et nous ne reviendrons pas sur cette étude. Dans un travail très remarquable sur les abcès d'origine appendiculaire, Gerster les a divisés suivant leur siège de la façon suivante :

1^o *Type ilio-inguinal* (abcès de Willard Parker.). — C'est une forme très commune. Le pus vient se collecter au-dessus de l'arcade de Fallope. Il peut s'ouvrir spontanément et donner lieu à une fistule persistante au niveau du pli de l'aîne.

2^o *Type antérieur* (anterior parietal type). — Vient ensuite par ordre de fréquence. Il est allongé de haut en bas, sa limite supérieure s'étendant parfois depuis l'ombilic jusqu'à l'hypochondre, dépassant parfois la ligne médiane. Quelquefois, il s'étend jusqu'au niveau du ligament de Poupart. Dans un cas, l'abcès peut s'ouvrir soit au niveau du ligament de Poupart, soit au-dessus, soit enfin au niveau de l'ombilic ou par l'ombilic lui-même.

3^o *Type postérieur*. — Lorsque l'appendice est situé en dehors ou en arrière du cœcum, le pus se collecte à niveau et vient

faire saillir en arrière entre les dernières côtes et la crête iliaque. Dans ce cas, il n'a aucune tendance à s'ouvrir au dehors à l'extérieur dont il est séparé par une épaisse couche de muscles et de peau. Alors, il vient fuser dans la fosse iliaque ou bien décollant le tissu cellulaire, en arrière du colon, il vient se mettre en rapport avec le rein, le foie, perforant même le diaphragme.

4° *Type rectal*. — Survient à la suite d'une appendicite profonde et vient faire saillie dans le rectum où il peut venir s'ouvrir spontanément. Il peut aussi s'ouvrir dans le vagin ou dans la vessie.

5° *Type méso-caelique*. — Il est formé d'anses intestinales agglutinées et par conséquent toujours intra-péritonéal.

A ces cinq types principaux il faut ajouter deux autres types secondaires provenant de localisations anormales de l'appendice.

6° *Appendicite herniaire*. — On a vu l'appendice s'enflammer dans un sac herniaire et donner lieu à un abcès.

7° *Type scrotal*. — Thurmann et Monks ont signalé des cas d'abcès de l'appendice au niveau du scrotum. Il faut distinguer ici les cas où cet abcès s'était formé primitivement dans le scrotum et ceux où le pus s'y était collecté secondairement donnant lieu à de multiples fistules.

Voyons maintenant quelle est la nature du pus que renferment ces abcès. Le plus souvent c'est un liquide abondant, fluide, louche ou verdâtre, rempli de masses fibrineuses, d'odeur fétide, fécaloïde ou gangréneuse. Il est parfois horriblement fétide. Ce pus renferme assez souvent des gaz. On y trouve quelquefois des scybales, des matières fécales délayées, des débris de l'appendice sphacélé ou même celui-ci en entier. Ajoutons que ce pus examiné au microscope renferme diffé-

rents microbes. Dans l'observation que nous devons à M. Kirmisson le pus était une culture pure de coli-bacille. Parfois l'abcès renferme du pus de bonne nature, ordinaire,

Le volume de l'abcès est extrêmement variable. Tantôt il est gros comme une noix, tantôt il atteint le volume du poing : ces variations surviennent suivant l'époque de l'opération ou de la mort.

Tous ces abcès peuvent s'ouvrir soit au dehors en donnant lieu à des fistules, soit dans des organes plus ou moins voisins de leur lieu de formation. Nous étudierons ce mode de terminaison plus loin. Ils peuvent enfin s'ouvrir dans le péritoine général en donnant lieu à une péritonite généralisée.

2° — *Péritonite généralisée.* — Elle se présente dans trois cas différents :

a. — Si des adhérences n'ont pas eu le temps de se former, une perforation de l'appendice est suivie aussitôt d'une péritonite généralisée d'emblée.

b. — Dans d'autres cas une collection primitivement enkystée entre les anses intestinales, décolle celles-ci et vient fuser à divers niveaux généralisant l'affection.

c. — Enfin, une collection enkystée peut se rompre dans le péritoine donnant lieu à des phénomènes de généralisation secondaires.

Dans le 1^{er} et le 3^{me} cas on trouve les lésions suivantes : d'abord de la rougeur et du dépoli des anses intestinales congestionnées surtout au niveau de l'appendice, puis plus tard des plaques de fibrine disséminées sur tout le péritoine avec formation d'une sérosité louche d'odeur souvent fétide, s'écoulant en abondance au moment de l'ouverture du ventre. Les anses intestinales sont le plus souvent détendues par des gaz que l'on trouve aussi parfois dans le liquide qui les baigne.

Dans le second cas, le ventre n'est pas distendu, les intestins ne sont pas ballonnés, mais on trouve en décollant les intestins agglutinés surtout à droite une série de fusées purulentes partant d'une collection mère à point de départ appendiculaire. Il y a ici, non pas une péritonite généralisée à proprement parler, mais une série d'abcès formés entre les anses intestinales agglutinées.

La nature du liquide de ces péritonites n'a pas été étudiée, peut-être faut-il encore ici incriminer le fameux coli-bacille.

III. LÉSIONS DES AUTRES ORGANES. — L'appendice enflammé ne tarde pas à contracter des adhérences avec les organes voisins, de là des lésions de ceux-ci. Dans plusieurs de nos observations, l'appendice perforé adhérent au cœcum et à la perforation appendiculaire correspondait soit une tache de sphacèle, soit une perforation du cœcum. Dans une autre observation il y avait adhérences intimes entre l'ovaire droit et l'appendice. Il n'est pas rare de trouver l'épiploon sphacélé enroulé autour de l'appendice ou servant de paroi à un abcès appendiculaire.

Le pus peut suivre une marche anormale. Parfois il se glisse dans la gaine du psoas et vient s'ouvrir dans l'articulation de la hanche ou bien dans le rectum, la vessie, le cœcum, le vagin qu'il perfore. On l'a vu remonter jusque derrière le foie et se collecter à ce niveau ou bien perforer le diaphragme déterminant un empyème d'odeur fécaloïde. Parfois l'appendice est en contact avec le rein et peut alors donner lieu à un phlegmon périnéphritique.

Des hémorrhagies mortelles ont suivi l'ulcération des artères de la région par le pus : cas de Bryant, mort par rupture de l'artère circonflexe : cas de Powell, appendice adhérent à l'artère iliaque externe qui était perforée, le cœcum était plein de sang noir et de gaz. Cas de Conant, où la mort fut la conséquence d'une hémorrhagie produite par une perforation du cœcum consécutive à une appendicite.

La phlébite des veines mésentériques la pyliphlébite suivie

d'abcès du foie ont été la conséquence d'une appendicite, témoins les 11 cas de Fitz. Dans un cas de Nitter, il y avait un abcès du foie contenant deux litres de pus et entouré de petits abcès : il y avait une appendicite causée par une épingle.

La thrombose de la veine iliaque a aussi été observée.

Dans deux cas de Roux et de Einhorn la mort était due à une embolie pulmonaire dont on ne trouva pas l'origine.

La péricardite a été signalée par Fitz. C'est une complication très rare.

SYMPTOMATOLOGIE.

Avant d'aborder l'étude des différents symptômes de l'appendicite par corps étrangers, nous esquisserons d'abord à grands traits le tableau du type classique que l'on rencontre habituellement. Nous examinerons ensuite les différents symptômes en insistant sur les plus importants et enfin, dans un chapitre suivant, nous ferons l'étude des diverses formes cliniques de la maladie. Nous éviterons ainsi des répétitions inutiles.

Le plus souvent un homme jeune, vigoureux, de bonne santé habituelle, est pris brusquement, au milieu de son travail ou parfois à la suite d'un effort, d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite. En même temps surviennent des nausées et des vomissements alimentaires ou bilieux. Le malade est obligé de s'aliter immédiatement, il souffre beaucoup, il est agité. Sa langue est sèche, pâteuse, il a soif. Les selles se suppriment très souvent ou ne sont obtenues qu'à l'aide de lavements et de purgatifs. L'examen du malade au bout de 24 ou 48 heures permet de constater au niveau de la fosse iliaque droite une tumeur située profondément, plus ou moins bien circonscrite, très souvent mal délimitée, quelquefois résistante, très sensible à la pression, plutôt submate ou même sonore à la percussion que franchement mate, sans changement de couleur à la peau. Quelques auteurs signalent à ce moment une fluctuation profonde qu'il est très difficile de percevoir.

Les jours suivants les phénomènes douloureux augmentent d'intensité, la douleur s'irradie à tout l'abdomen, à l'ombilic, à la cuisse droite du malade. Les vomissements deviennent bilieux.

verdâtres, porracés. La tumeur est maintenant nettement perceptible, sa matité augmente, souvent elle devient manifestement fluctuante. Le ventre se ballonne, la constipation persiste parfois, mais pas toujours, et enfin le malade, épuisé, meurt du 5^e au 8^e jour en moyenne avec tous les symptômes d'une péritonite généralisée. Pendant tout ce temps la température a oscillé de 38° à 40°.

Reprenons maintenant l'étude de tous ces symptômes. On peut les diviser en deux grandes catégories : les symptômes locaux et les symptômes généraux.

I. — SYMPTÔMES LOCAUX. — Ils sont au nombre de deux : la douleur avec ses irradiations multiples et la présence d'une tuméfaction dans la fosse iliaque droite.

1^o *Douleur.* — La douleur apparaît dès le début de la maladie. Très souvent elle éclate brusquement et les malades l'ont parfois comparée à un coup de poignard ou de fusil. Elle est vive, lancinante, arrachant des cris au patient. D'autres fois, elle survient lentement, devenant de plus en plus pénible.

Elle peut être tellement vive que le poids des couvertures du lit sur le ventre du malade lui arrache des cris de douleur. Enfin il est des cas où, malgré la présence d'une tumeur bien nette, fluctuante même dans la région iliaque droite, la douleur était si peu vive que le malade pouvait continuer son travail. Bruck cite le cas d'un marin qui portait des barils de farine le jour de son entrée à l'hôpital : il avait une tumeur fluctuante au niveau du ligament de Poupart. Un autre marin cité par Fitz va de Portland à New-York en cinq jours, il se purge car il souffre dans la fosse iliaque, travaille ensuite pendant une semaine, arrive à Boston le treizième jour de sa maladie et meurt le lendemain d'une péritonite généralisée due à la rupture d'un abcès péri-appendiculaire.

Dans d'autres cas, la douleur spontanée n'est pas très vive mais elle s'accroît à la pression. La localisation de la douleur

par la pression est un signe de grande importance sur la valeur duquel Mac - Burney a beaucoup insisté. Il a montré que bien que la position de l'appendice soit extrêmement variable, si l'on exerce une série de pressions de haut en bas, le long du colon ascendant, le maximum de la douleur est toujours au niveau de l'attache cœcale de l'appendice. Or, dans toutes ses observations, Mac-Burney l'a toujours trouvé à un pouce et demi ou deux pouces en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, sur une ligne rejoignant cette éminence osseuse à l'ombilic. Les auteurs américains donnent à ce point douloureux le nom de point de Mac-Burney. Le mode de recherche de ce point n'est pas sans analogie avec celui qui permet de trouver le siège d'une fracture quand il n'y a pas déplacement des fragments. Ce signe de Mac Burney est surtout très important quand la douleur est généralisée à toute la paroi abdominale.

La douleur est donc le plus souvent nettement localisée à la fosse iliaque droite, surtout au début, ou à la fin de la maladie. Il est cependant des cas où elle est d'emblée généralisée à toute la paroi abdominale. D'ordinaire elle ne tarde pas à s'irradier soit vers le pli de l'aîne, l'ombilic, le pubis, le flanc droit. Chez l'homme elle s'irradie parfois jusqu'au testicule droit qui est alors rétracté. D'autres fois elle s'étend vers la cuisse qui vient alors se fléchir vers l'abdomen. Le ténésme rectal et le ténésme vésical, ce dernier poussé parfois jusqu'à la rétention d'urine, sont des manifestations douloureuses qu'il ne faut pas oublier. Signalons enfin une anomalie que nous avons relevés dans quelques observations, la localisation de la douleur dans la fosse iliaque gauche.

La douleur de l'appendicite est, comme nous venons de le voir, caractérisée par son siège dans la fosse iliaque droite et par son exacerbation par la pression au point de Mac-Burney.

2° *Tuméfaction.* — La tuméfaction présente des caractères différents suivant les formes ou périodes de la maladie. A l'œil nu, il est bien rare qu'on constate une différence de niveau

dans la fosse iliaque droite ; quelquefois, cependant, la peau est un peu rouge et surélevée. — Le palper donne des résultats variables ; parfois, on trouve un cordon dur, douloureux, roulant sous le doigt, d'autres fois, un boudin assez volumineux, gros comme l'extrémité du pouce, de consistance molle et fluctuante ; très souvent, ce n'est plus une tumeur bien circonscrite, mais un empâtement mal limité. Enfin, il est des cas où, au niveau de la fosse iliaque droite, au-dessous de la peau œdématisée et rouge, on trouve une collection nettement fluctuante et bien limitée.

La percussion, elle aussi, donne des résultats variables bien explicables par la position de l'appendice. Ce dernier profondément situé, peut être le siège de lésions localisées sans que la percussion puisse nous révéler quelque chose sur son état. Aussi, les résultats de la percussion sont-ils très aléatoires. Dans certains cas, la tumeur est franchement mate et alors elle est le plus souvent fluctuante.

D'autres fois elle est submate ou même sonore ou bien elle est le siège de gargouillements. Enfin dans un grand nombre de cas, des anses intestinales viennent se placer au devant de la tuméfaction petite et profondément située : une sonorité accompagnée de gargouillements, tel est le résultat de la percussion. En résumé, la percussion donne des résultats variables suivant la forme et la phase de la maladie.

Un autre mode d'examen de la tumeur qu'il ne faut pas négliger, c'est le toucher vaginal ou rectal. William Pepper va même jusqu'à recommander d'introduire toute la main dans le rectum pour mieux apprécier le siège de la tumeur. Combiné au palper, le toucher renseignera sur les rapports, le siège précis de la tumeur. Dans certains cas il permettra de reconnaître la tendance d'un abcès à s'ouvrir dans le rectum ou dans la vessie ou bien de trouver une tumeur que le palper abdominal ne reconnaissait pas.

Signalons chez certains malades, surtout chez ceux qui sont sujets à l'appendicite à rechutes, la présence d'une tumeur de

volume variable tantôt à peine perceptible, tantôt volumineuse ; ces variations de volume sont explicables par l'évacuation intermittente du contenu de l'appendice dans l'intestin.

Parfois aussi l'explosion des phénomènes est tellement rapide que l'on ne trouve pas la moindre tumeur. Dans ces cas, généralement mortels, il s'agit d'une péritonite généralisée d'emblée.

On voit, par cette énumération, que l'examen de la tumeur est loin de donner toujours des résultats identiques : les caractères de la tumeur sont très-variables suivant que l'appendice seul est atteint ou bien qu'il y a des lésions péri-appendiculaires, abcès ou adhérences intestinales. Son seul caractère constant est de siéger dans la fosse iliaque droite, au point déjà indiqué par la douleur.

Entre la tumeur formée par l'appendice ou par les exsudats qui l'entourent, on trouve assez fréquemment une autre tuméfaction d'origine cœcale, qui a été décrite par Roux de Lausanne. Lorsque l'appendice est perforé, les deux feuillets de son méso s'infiltrant, l'inflammation gagne le cœcum et le colon épaississant leurs tuniques, les rendant quelque peu rigides, en tout cas palpables, souvent même permettant de constater à la palpation une légère submatité. Roux compare la sensation que donne le colon au palper, à la résistance d'un cylindre de carton très mou et trempé dans l'eau chaude. Il ne faut pas confondre le bord présumé du cœcum infiltré avec la terminaison des fibres musculaires de l'oblique externe sur son fascia : la percussion empêche de faire cette erreur.

La ponction de la tumeur dans la fosse iliaque a été bien étudiée par le même auteur. Il en a publié de nombreux dessins. Tantôt elle est située près de la ligne blanche, au-dessous de la ligne ilio-ombilicale, tantôt vers le milieu de cette ligne, parfois près de l'épine iliaque ant. sup., quelquefois parallèle au tiers externe du ligament de Poupart, le touchant ou séparée de lui par un petit intervalle.

II. — SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — Nous décrirons : l'aspect extérieur du malade, son attitude, la respiration, le pouls, la

température, les frissons, l'état de la langue, le hoquet, les vomissements, la constipation ou la diarrhée, le tympanisme, l'examen des urines et quelques autres symptômes, entre autres l'ictère.

1° *Aspect du malade, son attitude.* — Le faciès du malade est variable suivant la phase et la forme de la maladie. Au début, le plus souvent le malade souffre horriblement et sa douleur est peinte sur son visage; vers la fin de la maladie la faciès se grippe, les yeux se cernent de noir. Le plus souvent dès le début le malade est obligé de s'aliter et son attitude habituelle est le décubitus dorsal, avec les jambes légèrement fléchies vers le tronc. Parfois le malade se couche sur le côté gauche, le côté sain, et la cuisse droite est alors fortement ramenée vers le tronc. L'extension de la cuisse ne peut se faire sans amener de la douleur. Le moindre bruit, le moindre mouvement fatiguent le malade. L'insomnie est la règle, sauf chez les malades qui ont été soumis au traitement par les opiacés. Délire, stupeur, cyanose.

2° *Respiration.* — La respiration peut être régulière. Le plus souvent le nombre des inspirations augmente et elle devient haletante. C'est surtout lorsqu'il y a péritonite généralisée que ce symptôme se produit.

3° *Pouls.* — Le nombre des pulsations est généralement augmenté dès le début des accidents. Il est d'abord plein et fort; vers la fin de la maladie il atteint et dépasse même 100 pulsations, il devient alors très rapide, petit, filant, souvent à peine perceptible. Les auteurs américains attribuent une grande valeur pronostique à ce symptôme.

4° *Température.* — Le thermomètre indique toujours une élévation de température, élévation qui peut dépasser 40° mais qui se maintient d'ordinaire entre 38° et 39° avec exaspération nocturne et chute matinale de 1°. Il est cependant des formes

où l'élévation thermique est à peine perceptible même dans des cas graves, parfois terminés par la mort. C'est même en partie sur ce fait que plusieurs chirurgiens américains se basent pour expliquer leurs interventions précoces. La température s'élève dans les derniers jours.

5° *Etat de la langue.* — La langue peut être blanche et humide au début, mais vers la fin elle devient sèche, dure, fuligineuse, rappelant l'aspect de la langue dans la fièvre typhoïde.

6° *Frisson.* — Le frisson est un signe de début de l'appendicite. Il est signalé dans quelques-unes de nos observations.

7° *Hoquet.* — On trouve aussi parfois le hoquet dans l'appendicite. C'est un symptôme qui survient à la fin de la maladie et annonce le plus souvent une péritonite généralisée.

8° *Vomissements.* — Ils surviennent généralement dès le début de l'affection et dans bien des cas ils ont été d'abord mis sur le compte d'un embarras gastrique. Au début, ils sont alimentaires ou bilieux et continuent le plus souvent pendant toute la durée de la maladie, mais en changeant de caractère. Ils deviennent verdâtres, porracés si des accidents de péritonite généralisée se déclarent. Parfois, ils deviennent fécaloïdes et peuvent alors faire penser à une obstruction intestinale. Souvent ils sont incessants, fatiguant beaucoup le malade. Dans quelques cas les vomissements manquent complètement ou n'apparaissent qu'à la fin de la maladie.

9° *Constipation ou diarrhée.* — La constipation est un phénomène qui accompagne souvent l'appendicite, même quand le cœcum est intact. Ce symptôme n'est évidemment pas explicable par l'obstruction de l'appendice, cet organe se trouvant en dehors du cours des matières fécales, il est sans doute la conséquence d'actions nerveuses encore peu connues, peut-être d'une paralysie de l'intestin. La constipation peut durer 2, 3, 4 jours. Mais elle

a pour caractère de céder facilement avec l'emploi des purgatifs salins ou des lavements purgatifs : ceux-ci cependant ne ramènent que momentanément le cours des matières fécales. Un autre caractère de cette constipation, c'est que le passage des gaz par l'anús n'est pas interrompu. Ce sont là des caractères très-importants qui permettent de différencier la constipation intermittente de l'appendicite de la constipation permanente, sans issue de gaz, de l'obstruction intestinale.

En outre, il est rare, surtout chez les malades qui n'ont pas été soumis au traitement par les opiacés, que cette constipation, même non combattue par les purgatifs, soit absolue. Le plus souvent il y a en même temps de la diarrhée. Parfois même la constipation fait tout à fait défaut et la diarrhée seule existe ; quelquefois, les selles continuent à être normales. D'autres fois encore, à la constipation succède une diarrhée qui persiste jusqu'à la fin de la maladie.

Signalons aussi ce fait que les selles contiennent parfois un corps étranger expulsé de l'appendice. (Observation de M. Berger).

10° — *Etat des parois abdominales.* — Très souvent on observe du ballonnement des parois abdominales, soit tout à fait au commencement de la maladie, soit tout à fait à la fin lorsqu'il y a péritonite généralisée. La tension des parois de l'abdomen est accompagnée de tympanisme. Il s'agit probablement ici d'une paralysie intestinale s'accompagnant d'un développement anormal de gaz. En même temps, ce ballonnement empêche le jeu régulier du diaphragme et gêne les mouvements respiratoires. Ce symptôme gêne aussi l'examen du malade par la palpation.

Dans d'autres cas il n'y a pas de tympanisme, mais le ventre est rétracté, creusé en bateau comme dans la méningite tuberculeuse ou la colique saturnine.

11° — *Examen des urines.* — Nous avons déjà signalé le ténesme vésical, douleur vive au moment de la miction. En outre on trouve parfois une véritable parésie vésicale nécessitant l'emploi

de la sonde. D'autres fois le volume des urines se trouve diminué. On y a trouvé de l'albumine, mais très rarement. Roux de Lausanne, a signalé la présence de l'indican. La présence de cette dernière substance n'est pas faite pour nous étonner, on la trouve dans les urines presque toutes les fois qu'il y a trouble intestinal. Les urines sont rares, fortement colorées.

12° — *Ictère*. — Nous avons relevé dans quelques observations de l'ictère. S'agit-il ici d'un ictère comme celui qu'on rencontre dans certaines maladies infectieuses, la pneumonie par exemple ?

13° — *Eruption d'Herpès*. — Dans deux de nos observations et entre autres dans l'observation n° 38, la maladie fut précédée d'une amygdalite. Dans cette observation il y eut sur l'amygdale gauche une vésicule d'herpès. Le sixième jour des vésicules d'herpès apparurent aux lèvres et au nez. Ce symptôme est la conséquence d'une intoxication d'origine intestinale. Il est très important à cause des erreurs de diagnostic auxquelles il peut donner lieu.

14° — *Œdème du membre inférieur droit*. — Peut-être la conséquence de la compression des vaisseaux iliaques par une tumeur ou d'une phlébite de ces vaisseaux.

FORMES CLINIQUES. — MARCHE

Nous avons déjà dit que les causes de l'appendicite étaient multiples et qu'il n'existait pas une appendicite mais des appendicites ayant chacune une étiologie bien distincte et par conséquent une existence propre. Dans ce travail nous avons uniquement pour but l'étude de l'appendicite par corps étrangers. Nous n'entrerons donc pas dans la discussion des classifications des appendicites proposées par divers auteurs.

Nous ferons cependant remarquer que la plupart des classifications proposées sont uniquement basées sur la similitude des symptômes et non sur l'étiologie et l'anatomie pathologique. On voit par exemple la tuberculose ou l'actinomyecose de l'appendice iléo-cœcal décrites par un grand nombre d'auteurs en même temps que l'appendicite par corps étrangers. D'autres auteurs englobent dans le terme encore plus vague de pérityphlite toutes les suppurations qui se produisent par le fait du cœcum et de l'appendice. En un mot, on confond dans une même description des maladies distinctes par leur origine, par les lésions qu'elles déterminent et n'ayant qu'un point de contact, leur localisation appendiculaire.

M. Talamon a eu surtout en vue dans sa classification des formes de l'appendicite celles qui sont consécutives à la présence d'un corps étranger. Il les divise en cinq classes :

- 1° Appendicite pariétale simple avec colique appendiculaire ;
- 2° Appendicite suraiguë perforante ;
- 3° Appendicite aiguë avec péritonite partielle ;
- 4° Appendicite perforante subaiguë ;
- 5° Appendicite à rechutes.

Cette classification a été adoptée par M. Ricard dans son article de la *Gazette des Hôpitaux* (1890), et par Courtois-Suffit dans le nouveau *Traité de Médecine*. Il nous semble cependant que les termes dont il se sert ne rendent pas nettement compte des lésions auxquelles ils devraient correspondre; nous ne voyons pas non plus à quelles observations peut se rapporter l'appendicite perforante subaiguë.

Une seconde classification, très rationnelle, est celle de M. Jala-guier (*Traité de Chirurgie*), car elle est basée sur l'anatomie pathologique. Voici cette classification :

- 1^o Appendicite perforante, avec péritonite diffuse suraiguë.
- 2^o Appendicite perforante, avec péritonite localisée et suppuration circonscrite.
- 3^o Appendicite perforante, avec péritonite localisée et adhérences, mais sans suppuration.
- 4^o Appendicite simple, sans perforation.

Mais, comme l'auteur le reconnaît lui-même, les deux dernières formes ne peuvent être différenciées en clinique et il les réunit dans une même description. Il revient en somme à la classification de M. Reclus, qui est du reste celle de la plupart des auteurs qui ont écrit sur cette question. With, de Copenhague, Mac-Burney, Frank Hartley, Homans, Morton, etc. C'est cette dernière classification que nous adopterons :

- 1^o Appendicite simple sans perforation, avec ou sans péritonite localisée et adhérences, mais sans suppuration.
- 2^o Appendicite perforante avec abcès localisé ;
- 3^o Appendicite perforante avec péritonite généralisée ;
- 4^o Appendicite à rechutes ;

Cette dernière forme ne correspond pas à des lésions toujours identiques, c'est plutôt un syndrome clinique qu'une forme. Mais à cause de son importance au point de vue du traitement, nous en donnerons une description séparée.

1° Appendicite simple, sans perforation, avec ou sans péritonite localisée et adhérences, mais sans suppuration. — Cette forme clinique a été bien étudiée par M. Talamon et par les médecins qui l'observent le plus souvent, à cause de son extrême bénignité. La pénétration du corps étranger dans l'appendice détermine ainsi le catarrhe ou l'inflammation simple des parois de l'appendice (appendicite pariétale de M. Talamon, appendicite catarrhale) durant seulement quelques jours. Dans d'autres cas, il y a en même temps péritonite péri-appendiculaire sans perforation.

Les symptômes de cette forme d'appendicite sont ainsi interprétés par M. Talamon. Le début soudain s'explique par l'engagement brusque du corps étranger dans le canal appendiculaire, les douleurs irradiées et paroxystiques sous forme de coliques par l'excitation réflexe de l'intestin partie de la muqueuse du canal au contact du corps étranger, les vomissements par la même excitation propagée jusqu'à l'estomac, la constipation et le météorisme par la parésie de la tunique musculaire de l'intestin, suivant le mécanisme commun à toute douleur abdominale, que cette douleur ait son point de départ dans l'estomac, dans l'uretère ou dans les canaux biliaires.

La tumeur décrite comme une masse allongée cylindrique, mate, moulant la forme du cœcum n'existe pas dans le plus grand nombre de cas. Dans les premiers jours de l'accès on constate une contracture des muscles abdominaux du côté droit gênant toute exploration profonde. On peut ensuite trouver une tuméfaction cœcale due à la coprostase, conséquence d'une parésie du gros intestin. Ici elle n'est pas la cause mais la conséquence des symptômes. Il faut la distinguer des cas d'inflammation primitive du cœcum par coprostase, sans lésions appendiculaires (cœcitis des Anglais et Américains). M. Talamon divise cette forme en trois variétés.

a. — *Colique appendiculaire*. — C'est la forme la plus simple. Les symptômes peuvent présenter une grande violence

mais sont toujours de courte durée (12, 24, 36 heures). Elle présente une grande analogie avec les coliques hépatiques et néphitiques. Elle est caractérisée par l'apparition brusque d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite, douleur s'accroissant à la pression au point de Mac Burney. Au palper on ne sent aucune tumeur. Il y a en même temps des vomissements.

La pénétration brusque d'un corps étranger dans l'appendice aussitôt suivie par son expulsion sous l'influence d'une contraction des parois de cet organe serait, toujours d'après M. Talamon, la cause des accidents. Cette description si séduisante a été combattue par MM. Dreyfus-Brissac, Jalaguier, etc., car il est difficile au point de vue clinique, de faire la part de ce qui revient à l'enclavement pur et simple du calcul.

b. — *Type ordinaire moyen.* — Cette variété se présente fréquemment. D'après M. Talamon il n'y avait pas, dans ce cas, de péritonite périappendiculaire, mais simplement de l'irritation des parois de l'appendice par le séjour prolongé d'un corps étranger qui n'en déterminerait cependant pas la gangrène. Mais si nous nous rapportons à nos observations, nous voyons que dans des cas où l'appendice fut enlevé et fut trouvé entouré d'adhérences, on trouvait les symptômes que nous allons décrire.

Il y a de la douleur, l'une fixe, iliaque, limitée et assez nettement circonscrite, correspondant à l'appendice malade, accusée par le sujet, accentuée par la pression, l'autre diffusée par tout l'abdomen et due aux contractions réflexes du gros intestin. La fièvre est peu prononcée, mais elle peut s'élever de 1 ou 2 degrés. La constipation est habituelle.

Au palper, on trouve de la rigidité des muscles abdominaux du côté droit, puis quand la douleur a diminué et que la palpation profonde devient possible, on constate alors en déprimant la paroi de la fosse iliaque, une petite tumeur allongée, sensible, de la grosseur du doigt, qui n'est autre que l'appendice enflammé et distendu. Au dessus de cette tumeur, on sent souvent, d'après Roux, de Lausanne, le cœcum vide et le colon.

Cette forme se termine parfois par des rechutes ou par un abcès localisé, rentrant ainsi dans les formes suivantes, mais le plus souvent elle se termine par résolution au bout de 15 ou 20 jours.

c. — *Appendicite avec péritonisme, pseudo-péritonite.* — Ici les symptômes sont assez graves pour faire croire à la présence d'une péritonite localisée ou même généralisée. Cette forme est comparée par M. Talamon aux pseudo-péritonites des hystériques et elle survient toujours, d'après le même auteur, chez les sujets nerveux et surtout chez les hystériques. Ici encore, vive douleur localisée au point de Mac-Burney, souvent avec des irradiations douloureuses, s'étendant à tout l'abdomen, ballonnement du ventre, tympanisme, vomissements porracés, élévation de température, facies grippé, refroidissement des extrémités, fréquence et petitesse du pouls. Au palper, lorsqu'on peut sentir l'appendice, on le trouve normal ou à peine augmenté de volume. Dans un cas cité par Shrady, un malade qui avait présenté ces symptômes étant mort d'une affection intercurrente, on trouve à l'autopsie un appendice dont les parois étaient parfaitement saines et qui ne présentait aucune lésion de péritonite périappendiculaire.

Cette forme, d'apparence si grave, se détermine par résolution en 8 à 20 jours.

2° *Appendicite perforante avec abcès localisé.* — Dans le plus grand nombre des cas, l'abcès localisé est une conséquence de la perforation de l'appendice. Il existe cependant des observations d'abcès localisé sans perforation. Peut-être s'agit-il d'une fissure passée inaperçue ou d'une propagation par les lymphatiques.

Ici encore nous trouvons les symptômes précédemment décrits avec quelques points nettement différents. Au début, nausées, vomissements alimentaires, douleurs vives dans la fosse iliaque droite avec tuméfaction. Parfois, mêmes symp-

tômes simulant une péritonite généralisée, avec rétraction du ventre, sensibilité générale de l'abdomen, collapsus, refroidissements des extrémités. Peu à peu, ces phénomènes s'amendent, se localisent vers la partie droite du ventre où apparaît nettement une tuméfaction douloureuse.

Examinons cette tuméfaction. A l'inspection, la peau est tendue, rouge, tuméfiée au niveau de la fosse iliaque droite, mais seulement au bout de huit ou dix jours. Le palper, que facilitera l'emploi du chloroforme, révélera au bout de quatre ou cinq jours une fluctuation profonde qui s'accroîtra de plus en plus jusqu'à devenir superficielle, au bout d'un temps assez long. Cette fluctuation profonde est un symptôme difficile à percevoir; le plus souvent, surtout au début, on ne trouve qu'un empatement profond. — La percussion donne des résultats variables suivant l'époque de la maladie: au début sonorité absolue due à la présence des intestins au devant de la tumeur, puis à mesure que le pus se collecte, la matité s'accroît. C'est d'abord une submatité puis une matité franche lorsque le pus vient affleurer la peau. Cependant, même à ce moment, lorsque l'abcès renferme des gaz, la percussion donne un son hydroaérique. Mollière, de Lyon, n'hésitait pas à plonger son bistouri au niveau du point où il percevait ce son, prétendant qu'il était caractéristique de la présence du pus. Il y a là une erreur évidente, car des intestins agglutinés, sans pus, peuvent donner lieu à de tels symptômes.

Un autre symptôme a été indiqué par Roux (de Lausanne), comme caractéristique de la présence du pus et de la perforation de l'appendice. C'est l'infiltration des parois du cœcum et du colon ascendant se traduisant par de la submatité le long du colon; au palper, ce dernier prend alors une consistance pâteuse spéciale que Roux compare à la résistance d'un cylindre de carton trempé dans l'eau chaude. Ce symptôme n'a de valeur que si l'on a constaté l'état de vacuité du colon que l'on peut vider par des laxatifs ou des lavements.

Il ne faut pas non plus oublier le toucher rectal ou vaginal qui permettra de sentir un empâtement ou une fluctuation au niveau de l'appendice, dans certains cas, du moins.

En même temps, on constate de la fièvre qui augmente au moment où le pus est bien collecté, une température s'élevant de 38° à 40°, des vomissements, du ballonnement du ventre. La constipation est fréquente, mais elle n'est pas absolue, elle cède aux purgatifs et il y a toujours issue de gaz.

Une fois l'abcès formé, suivant la position de l'appendice il peut venir s'ouvrir en différents endroits. Nous avons déjà indiqué les différents types d'abcès pérityphlitiques, en étudiant l'Anatomie pathologique. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet.

L'abcès localisé peut se terminer de plusieurs façons : 1° par péritonite généralisée, due à la rupture de l'abcès dans la cavité péritonéale ; 2° par ouverture de l'abcès dans un organe voisin : intestin, cœcum, rectum, vessie, etc., gaine du psoas ; 3° par l'ouverture de l'abcès à l'extérieur ; 4° par résolution, du moins pour quelques auteurs. Ces différents modes de terminaison seront étudiés plus loin.

3° *Appendicite perforante avec péritonite généralisée.* — Voici comment les choses se passent d'ordinaire dans cette forme d'appendicite. Un individu en parfaite santé, n'ayant souvent eu aucune attaque antérieure d'appendicite, est pris brusquement, à la suite d'un effort ou d'un repas copieux, d'une violente crise de douleurs abdominales suivie rapidement d'un ou plusieurs vomissements alimentaires ou bilieux, ou de coliques plus sourdes et plus tolérables. Ces douleurs ont parfois leur maximum d'intensité à droite et paraissent s'irradier vers la fosse iliaque de ce côté ; mais très-souvent elles sont diffuses ; péri-ombilicales et ne diffèrent pas d'une colique ordinaire. Quand elles sont très-intenses, il y a d'emblée une constipation opiniâtre ; quand elles sont sourdes, le malade peut avoir une ou deux selles spontanées, normales. Qu'elles aient débuté brutalement ou sourdement, ces coliques persistent plus ou moins violentes pendant deux ou trois jours : il peut même y avoir

un temps d'accalmie de 12 à 24 heures pendant lequel le malade peut se croire guéri. La fièvre, à ce moment, n'existe pas, ou du moins est à peine marquée ; il y a seulement de l'embarras gastrique avec langue sale, bouche mauvaise, inappétence. Cette période correspond pour M. Talamon, à l'engagement du calcul stercoral dans l'appendice et au travail de destruction des parois qui en est la conséquence.

Période péritonitique. — Vers le deuxième ou troisième jour, la douleur reparaît plus intense, nettement localisée à droite puis se généralisant bientôt à tout l'abdomen. Cette nouvelle crise indique nettement le début de la perforation. La douleur, bien que générale, est surtout indiquée à droite par le malade ; elle est continue avec des exacerbations, elle s'exagère par le contact, par la pression de la main ou des couvertures. D'après Talamon il y a rétraction et non ballonnement de l'abdomen, le météorisme ne se produisant que si la maladie se prolonge un peu. Cependant, dans un grand nombre de nos observations, le météorisme est indiqué et il semble même qu'il y ait une relation entre l'apparition de ce symptôme et la généralisation d'accidents primitivement localisés. Dans plusieurs cas, le ventre d'abord dur, tendu, rétracté, s'est ensuite ballonné au moment où d'autres symptômes indiquaient nettement la généralisation de la péritonite. Gerster, Fitz, Homans, Elliott signalent le météorisme comme un signe de généralisation. Dans un premier travail, Mac-Burney déclare que ce symptôme est incertain et insuffisant à lui seul pour affirmer une péritonite généralisée ; dans un mémoire plus récent il dit que ce signe est de mauvais augure. Cependant il est quelques cas où le ventre est resté constamment rétracté et tendu mais non ballonné pendant toute la durée de la maladie.

Le palper est rendu difficile par la tension des muscles abdominaux ou par le météorisme. Du reste, même fait pendant le sommeil chloroformique, il ne donne pas de grands résultats.

Le plus souvent on ne trouve qu'un maximum de douleurs à droite, au point de Mac-Burney, mais sans tumeur appréciable. L'absence de la tumeur est un signe important; elle montre que la péritonite s'est généralisée d'emblée, les liquides sortis de l'appendice n'ayant pas rencontré une barrière d'adhérences. D'autres fois il y a une tumeur profonde, avec empâtement. Ici la péritonite s'est étendue peu à peu à tout le péritoine. — La percussion indique parfois, à droite, un peu de submatité due à la prédominance de l'exsudat fibrineux à ce niveau.

Au moment de la perforation apparaissent des vomissements incessants; le malade rejette tout ce qu'il prend, puis les vomissements deviennent porracés, verdâtres, rarement fécaloïdes. Puis les vomissements deviennent plus rares tout en restant porracés, parfois même ils cessent complètement.

Avec les vomissements survient aussi la constipation, conséquence d'une paralysie réflexe de l'intestin. Cette constipation est parfois tellement opiniâtre qu'elle ne cède ni aux purgatifs ni aux lavements et alors la coexistence de ce symptôme et des vomissements fécaloïdes peut faire penser à une obstruction intestinale. Dans un grand nombre de cas, de pareils symptômes ont été une cause de diagnostic erroné.

En même temps on constate de la rétention d'urine, parfois même de l'anurie d'origine réflexe. La quantité des urines est diminuée: l'urine est quelquefois albumineuse.

La fièvre dépasse rarement 39°, parfois même il y a une température normale ou de l'hypothermie. Aussi les chirurgiens américains ont-ils beaucoup insisté sur le peu de valeur de l'élévation de température comme signe pronostic et comme point de départ d'une intervention.

Le facies du malade est caractéristique, c'est le facies abdominal ou hippocratique, le visage est grippé, les yeux cerclés de noir, le nez pincé; les extrémités violacées et froides, la voix faible et cassée. L'affaiblissement des contractions du cœur se traduit par un pouls petit, faible, fréquent, devenant même à peine perceptible. Le

malade couché sur le dos, les cuisses rétractées, ne se remue qu'avec peine, chaque mouvement déterminant un réveil de ses douleurs. Les gémissements sont continuels, la respiration est courte, dyspnéique. Souvent un hoquet incessant vient s'ajouter à ces symptômes. La soif est ardente, la bouche sèche, la langue recouverte d'un enduit sale ou bien d'un rouge vif. A la fin, le malade perd toute sensibilité et meurt, à moins d'intervention chirurgicale.

M. Talamon distingue deux formes de péritonite généralisée :

a. — *Forme septique foudroyante*. — C'est la péritonite fulminante des auteurs américains. Ici nous trouvons le collapsus abdominal, la prostration extrême, le refroidissement général, les vomissements rares, la rigidité des muscles abdominaux sans météorisme, l'oligurie, l'absence fréquente de tumeur appréciable. La mort survient très-rapidement : 3 ou 4 jours après le début.

b. — *Péritonite fibrino-purulente*. — L'évolution est plus lente. Le malade présente des poussées aiguës séparées par des améliorations. Il n'y a pas de refroidissement, la température peut même atteindre 40°. Le ventre n'est pas dur et tendu, mais ballonné. Vomissements plus fréquents. Urines moins rares, sans indican ni albumine. Mort du 10^e au 15^e jour.

4° *Appendicite à rechutes*. — Il arrive parfois qu'un malade, après avoir guéri plus ou moins complètement d'une appendicite par corps étranger qui n'a pas été traitée par l'ablation de l'organe atteint, voit survenir de nouvelles crises. Lorsque ces attaques se renouvellent assez fréquemment, à intervalles suffisamment rapprochés pour ne pas constituer une récurrence, on dit qu'il y a appendicite à rechutes (recurrent ou relapsing appendicitis des Anglais et Américains).

Ce terme ne correspond pas, suivant nous, tant à une forme bien distincte qu'à un ensemble symptomatique qui peut être déterminé par des causes et des lésions très différentes.

En effet dans les 28 cas d'appendicite à rechutes par corps

étrangers qui nous ont servi à établir ce travail, nous avons trouvé rarement des appendices épais, durs, rigides, à parois plus ou moins épaissies, mais ne présentant aucune lésion, sans adhérence et sans péritonite localisée ; dans les autres cas, tantôt il s'agissait d'appendices reliés aux tissus ou aux organes voisins par des exsudats de péritonite ancienne ou récente, ou bien d'appendices fléchis ou rétrécis en un point voisin du cœcum, parfois distendus par du mucus, tantôt d'abcès localisés récents ou anciens ; quelquefois on trouve une fistule à point de départ appendiculaire. D'autres fois, la laparotomie faite pendant une période aiguë permettait de constater la rupture d'un abcès ancien dans le péritoine. Souvent les appendices sont perforés et suivant que l'opération a été faite à froid ou au moment d'une crise on trouve des lésions anciennes ou des lésions récentes. Dans près de la moitié des cas on trouve du pus, surtout si l'intervention est faite pendant une poussée aiguë : on voit par ce rapide exposé que les lésions de l'appendicite à rechutes sont très variables.

Comment agissent ces diverses lésions pour déterminer l'appendicite à rechutes ?

a. — Dans un très petit nombre de cas, on peut admettre l'explication de M. Talamon. Ce dernier a comparé les accidents dus aux corps étrangers de l'appendice à ceux que déterminent les calculs du foie et du rein lorsqu'ils s'engagent dans les voies biliaires ou dans l'uretère. Ici aussi l'engagement d'un corps étranger dans l'appendice donnerait lieu à des phénomènes douloureux qui ne prendraient fin qu'avec l'expulsion de l'intrus par la contraction des fibres musculaires lisses de l'organe. C'est ce que M. Talamon a appelé la *colique appendiculaire*. Supposons qu'une série de corps étrangers se succèdent dans l'appendice dilaté par le premier corps étranger et nous aurons l'appendicite à rechutes, succession de coliques appendiculaires.

Cette théorie très ingénieuse, applicable, d'après son auteur, à un très grand nombre de cas, a été vivement combattue par

M. Reclus, par Roux, (de Lausanne), Dreyfus-Brisac, Jalaguier. Elle n'est pas non plus en faveur auprès des auteurs américains qui tendent du reste actuellement à diminuer l'importance des corps étrangers comme cause d'appendicite. Au reste, M. Talamon lui-même, dans son livre Appendicites et Thyphlites, indique d'autres causes de rechutes.

b. — Dans bien des cas, la rechute est due à une sténose ou à une flexion de l'appendice avec ou sans corps étrangers. Il est possible que dans les cas où l'on n'a pas trouvé de corps étrangers (cas de Lewis A. Stimson), les lésions de l'appendice étaient dues à un corps étranger expulsé dans le cœcum ou tombé en déliquium dans le mucus qui le baignait. D'autres fois, le corps étranger persistait. Peut-être ici les rechutes sont-elles explicables de la façon suivante. Un corps étranger irrite la muqueuse, l'ulcère, il en résulte une sténose cicatricielle, le mucus sécrété dans l'appendice, le distend, puis se vide peu à peu dans le cœcum. A ce moment, le malade guérit, puis les mêmes phénomènes se reproduisent. Même explication pour les cas où il y a une flexion de l'appendice, avec ou sans corps étranger. En un mot, les phénomènes intermittents sont ici la conséquence d'une rétention intermittente du mucus dans l'appendice.

c. — Mais nous avons dit qu'on trouvait souvent des appendices entourés d'exsudats fibrineux récents ou anciens qui avaient donné lieu à des rechutes. Celle-ci sont dues à de nouvelles poussées de péritonite se faisant au niveau d'un foyer ancien sous l'influence d'une chute, d'un effort, etc., d'une des causes accidentelles déjà indiquées.

d. — Enfin, dans un grand nombre de cas, l'appendice est perforé, autour de la perforation s'est formé un abcès localisé qui sommeille sans se résorber. Ici encore un mouvement, un effort, un excès de boisson détermine le retour des accidents.

On voit donc que l'appendicite à rechutes par corps étrangers peut être due à des causes extrêmement différentes. Nous ajouterons qu'il existe des appendicites à rechutes n'ayant rien à voir avec celles qui ont pour cause originelle un corps étranger : ce sont les appendicites tuberculeuses, les appendicites par flexion, torsion, sténose, étranglement de l'appendice, etc.

En somme, dans le plus grand nombre de cas, pour qu'il y ait rechute, il faut qu'il y ait un obstacle intermittent à la sortie du mucus dans le cœcum, que cet obstacle soit un corps étranger venu du dehors ou fermé dans l'appendice ou bien une sténose, une flexion, des brides péritonitiques ayant pour cause initiale l'irritation causée par un corps étranger.

Les symptômes de la rechute sont ceux des autres variétés d'appendicite. Ce sont la douleur plus ou moins vive à début plus ou moins brusque, localisée dans la fosse iliaque droite et la tuméfaction à ce niveau. Cette tuméfaction augmente pendant les attaques pour diminuer pendant les périodes de calme.

Les périodes de calme ne vont pas sans quelques accidents. Le plus souvent, il persiste au niveau de l'appendice un point douloureux, s'exagérant par la pression et parfois même on sent à ce niveau, en palpant profondément, une tumeur appréciable, allongée, roulant sous le doigt, c'est l'appendice malade. En outre, le malade présente parfois de la diarrhée, de la constipation, des phénomènes d'atonie du cœcum avec stase des matières fécales ou bien de la distension intestinale par des gaz, symptômes bien décrits par M. Talamon.

Les rechutes surviennent à des intervalles plus ou moins éloignés suivant les cas. Parfois les attaques se suivent tous les deux ou trois jours, d'autres fois le malade reste pendant 10 ou 15 jours sans souffrir et tout-à-coup, à l'occasion d'une des causes énumérées déjà, un nouvel accès se produit.

L'appendicite à rechutes peut donner lieu à des symptômes d'abcès localisés ou de péritonite généralisée comme les formes précédentes. Parfois les attaques sont tellement fréquentes que le malade devient un véritable invalide.

TERMINAISONS.

L'appendicite par corps étrangers, laissée à elle-même, peut se terminer : 1° par résolution, 2° par évacuation spontanée d'un abcès, 3° par des rechutes, 4° par la mort.

1° *Terminaison par résolution.* — Voulant asseoir notre travail sur des bases certaines, nous avons rejeté, de parti pris, toute observation où la présence d'un corps étranger ne serait pas démontrée par une laparatomie ou par une autopsie. Il nous est donc impossible de dire en quelle proportion les appendicites par corps étrangers se terminent par résolution. D'après Fitz, sur 180 cas d'appendicites de causes variées, 58 se sont terminées par résolution avec uniquement l'aide du traitement médical. C'est la première forme d'appendicite, celle qui s'accompagne uniquement de lésions des parois de l'appendice sans perforation qui se termine le plus souvent ainsi au bout d'une période qui varie entre 12 heures et 15 à 20 jours, suivant l'intensité des lésions.

Cependant certains auteurs, Renvers, entre autres, ont prétendu que la terminaison par résolution pouvait aussi s'observer, rarement il est vrai, lorsqu'il y avait eu formation de pus autour de l'appendice, pus constaté par une ponction exploratrice. Lewis A. Stimson a soutenu une opinion semblable avec cette modification que le pus ne se résorbait que quand il était en très petite quantité. La plupart des auteurs nient tout-à-fait ce mode de terminaison. Dans certains cas, le pus peu abondant s'enkyste et peut rester pendant longtemps inactif.

Dans un cas de M. Quénu (n° 10), un malade atteint depuis longtemps d'appendicite à rechutes, fut opéré à froid et l'on trouva un petit abcès dont le point de départ était une perforation de l'appendice. L'observation n° 23, due à Lawson-Tait, nous présente un exemple analogue. Rien ne prouve, dans ces deux cas, que le pus laissé à lui-même se fût résorbé. MacBurney a trouvé du pus plusieurs mois après la disparition des accidents.

2° *Par évacuation spontanée d'un abcès.* — Lorsque les lésions de l'appendice iléo-cœcal ont pour conséquence la formation d'un abcès autour de lui, cet abcès peut s'ouvrir spontanément, soit à l'extérieur, soit dans les organes voisins. D'après Bull, sur 67 abcès d'origine appendiculaire :

28	s'ouvraient à l'extérieur
15	— dans le cœcum
2	— dans le rectum
2	— dans la vessie
2	— dans l'artère iliaque interne
2	— dans la cavité thoracique.

Quand l'abcès s'ouvre à l'extérieur il en résulte une fistule qui parfois se ferme d'elle-même, mais le plus souvent elle devient le siège d'une suppuration qui affaiblit le malade et elle l'expose en outre aux accidents de la rétention du pus (observ. nos 27, 28, 7). Quand l'abcès s'ouvre dans l'intestin, (observ. n° 44) le malade peut parfaitement guérir, c'est ce qui arriva dans nos deux observations. Dans une autre observation, n° 60, il se forma un abcès secondaire para-cystique qui fut incisé au niveau du canal inguinal : le malade guérit. L'abcès peut donc se terminer spontanément par l'ouverture au dehors, et alors se produit une fistule qui compromet la vie du malade et met toujours très longtemps avant de se fermer; il peut s'ouvrir dans l'intestin, dans la vessie, dans la gaine du

psoas, dans l'articulation coxo-fémorale, dans la plèvre, au niveau du scrotum, etc.

3° *Par des rechutes.* — L'appendicite simple sans perforation et l'appendicite avec accès localisé peuvent paraître guérir spontanément, mais parfois le mal se réveille, c'est l'appendicite à rechutes que nous avons déjà décrite. D'après Fitz, 44 % des appendicites se termineraient par des rechutes. Sur nos 123 cas, il y avait 28 cas d'appendicites à rechutes : 13 de ces dernières étaient accompagnées d'un abcès ou d'une fistule, 15 fois il n'y avait pas d'abcès.

4° *Par la mort.* — Il nous est difficile, toujours à cause de la raison que nous avons donnée précédemment, de dire en quelle proportion l'appendicite par corps étrangers donne lieu à la mort. D'après Lewis A. Stimson, sur 20 cas traités médicalement par l'auteur, il y a eu 2 morts. D'après Fitz, le traitement médical doit être réservé à un peu moins que le tiers des cas. D'après Norman Bridge, la mortalité de tous les cas d'appendicite n'est pas élevée ; celle des cas terminés par perforation est grande. Un tiers de toutes les autopsies montrent des guérisons d'appendicites préexistantes. Fitz dit que la mortalité par appendicite est mal connue : le médecin qui voit les cas bénins dit qu'elle est faible, tandis que le chirurgien qui traite les cas graves la déclare très élevée ; il donne les chiffres suivants :

74 0/0 de guérison,
26 0/0 de morts.

la moitié traitées chirurgicalement, la moitié médicalement.

En résumé, on voit qu'il est très difficile de dire en quelle proportion la mort vient terminer l'appendicite par corps étranger.

Nous avons trouvé 103 cas de mort sur 171 cas.

A quelle époque se produit le plus fréquemment la mort ? Sur 103 cas, nous trouvons 14 cas de mort le 5^e jour, 9 le 6^e jour,

12. le 7^e jour, 7 le 8^e jour. C'est donc du 5^e au 8^e jour que survient le plus souvent la mort. C'est à ce résultat que sont arrivés la plupart des auteurs, Fitz entre autres.

Voyons maintenant à quelles causes la mort est imputable. Elle peut être due :

a. — *Au shock*. — Les auteurs américains ont recours à ce mot pour expliquer des morts subites. Tel, le cas de cet enfant, parfaitement bien portant, qui tombe raide mort en jouant. Il s'agit évidemment là d'actes réflexes encore peu connus.

b. — *A une péritonite généralisée d'emblée*. — Ici la mort survient rapidement, en 6 ou 7 jours. D'après nos observations, le plus grand nombre de morts s'observeraient le 7^e. Parfois le malade est emporté en 2 ou 3 jours, c'est la péritonite fulminante des auteurs américains.

c. — *A une péritonite généralisée secondaire*. — Dans ces cas, un abcès primitivement localisé vient s'ouvrir dans le péritoine et détermine une péritonite généralisée secondaire. Cette forme s'observe parfois chez les malades soumis à un repos absolu qui se lèvent ou font des mouvements intempestifs, malgré la défense qui leur en est faite. (Cas de Netter, n° 60, de Vidal, n° 31). La péritonite secondaire peut être due aussi à un abcès mésoœliaque primitivement localisé autour de l'appendice : dans ce cas le pus décolle les anses intestinales agglutinées qui lui servent de barrière et fuse dans plusieurs directions.

d. — *A la pyohémie*. — Il arrive, rarement il est vrai, que les veines mésentériques deviennent le siège de phlébites d'origine septique se propageant à la veine porte (pyléphlébite) ayant pour conséquence des thromboses d'où partent des embolies qui vont former des abcès à distance et en particulier dans le foie (cas de Netter).

c. *A une embolie pulmonaire.* — Dans un cas de Roux (n^o 107), on trouva une embolie de l'artère pulmonaire, dont le point de départ ne put être trouvé. Peut-être s'agissait-il ici d'une phlébite mésentérique avec thrombose.

f. — *A la cachexie.* — La cachexie peut être due à une suppuration prolongée ou à la fréquence des rechutes qui épuisent le malade.

g. — *A la tuberculose.* — La tuberculose pulmonaire est une cause assez fréquente de mort dans cette affection. Le microbe trouve un terrain favorable dans un malade épuisé par la suppuration ou les rechutes.

COMPLICATIONS

Ce sont : la pleurésie purulente, la pyéléphlébite suppurative avec abcès du foie, les érysypèles localisés, l'obstruction intestinale, la péricardite.

1° *Pleurésie purulente.* — Dans quatre observations, nous avons vu une pleurésie purulente compliquer une appendicite. La pleurésie peut être la conséquence d'un abcès fusant jusqu'au diaphragme et le perforant ; elle peut aussi reconnaître pour cause une propagation des lésions péritonéales par les puits lymphatiques qui font communiquer la plèvre et le diaphragme. On reconnaîtra la pleurésie à ses symptômes habituels : douleurs thoraciques, matité à la base, souffle, etc.

2° *Pyéléphlébite suppurative.* — C'est une complication assez rare qui s'explique facilement par une phlébite des veines mésentériques avec embolies septiques dans le foie. Ces abcès se reconnaîtront à la douleur au niveau du foie, s'exagérant à la pression ; quelquefois, on trouvera de la fluctuation.

3° *Erysypèles localisés.* — Dans deux observations un érysypèle localisé au niveau de l'appendice vint compliquer la maladie. Dans un cas, il n'y avait pas eu d'incision au niveau où il apparut. La mort survint dans un de ces cas.

4° *Obstruction intestinale.* — Dans une de nos observations, la compression du cœcum par une adhérence partant de l'appendice enflammé pouvait expliquer les accidents d'obstruction intestinale.

5° *Péricardite.* — Explicable de la même façon que la pleurésie : elle a été signalée par Fitz et est extrêmement rare.

PRONOSTIC

Il nous est impossible, étant donné la nature de nos observations, de dire en quelle proportion les appendicites par corps étrangers guérissent spontanément. D'autre part, depuis quelques années seulement, les progrès de la chirurgie antiseptique ont fait passer du domaine du médecin dans celui du chirurgien, nombre de cas, qui, jusque-là, avaient été laissés à eux-mêmes, de sorte que le pronostic a de nouveau changé de face.

Les médecins et les chirurgiens sont, sur ce sujet, en complet désaccord. Les premiers, qui voient le plus souvent des formes bénignes, prétendent que ces dernières sont en grande majorité et que la guérison spontanée est des plus fréquentes. Mais ils ne sont pas d'accord sur la proportion de ces guérisons. D'après M. Talamon, la moitié des cas appartiendrait aux formes légères.

Les chirurgiens qui, surtout en France, ne sont consultés que dans les cas graves, sont très tentés d'assombrir un peu le pronostic, d'autant plus que les interventions précoces des Américains ont souvent montré de graves lésions à côté de symptômes relativement bénins.

En tout cas, voici trois statistiques qui pourront servir de points de repère. Guttmann, à l'hôpital Moabit, sur 96 cas de pérityphlite traités depuis 1879, compte 5 morts. Fürbringer, à l'hôpital Friedrichshain, en quatre ans, signale 120 cas de pérityphlite avec 78 % de guérisons, 12 % d'amélioration et 10 % de morts ; Fowler, à l'hôpital de Middlesex, trouve, en dix ans, 99 cas d'appendicite et de pérityphlite avec 84 guérisons et 15 morts. Soit, sur un total de 315 cas, 30 morts seulement.

Le pronostic est bien différent suivant les formes d'appendicite. Il est toujours fatal lorsqu'il y a une péritonite généralisée d'emblée, à moins de laparotomie.

La mort survient en cinq ou six jours, parfois même en vingt-quatre ou trente-six heures, dans la forme fulminante.

Le pronostic est beaucoup plus bénin lorsqu'il y a abcès localisé. Nous avons vu que l'abcès peut se vider spontanément au dehors ou dans l'intestin, ou enfin dans le péritoine. L'évacuation de l'abcès au dehors est suivie d'une fistule fécale qui peut être une source d'accidents graves; lorsque l'abcès se vide dans l'intestin, il arrive le plus souvent que le malade guérit.

La rupture de l'abcès dans la cavité péritonéale est toujours mortelle à moins de laparotomie. Le pronostic est rendu moins bon dans cette forme par la possibilité d'ouverture de l'abcès dans un vaisseau, d'embolie, d'abcès secondaire, etc.

La forme simple, sans perforation, est presque toujours des plus bénignes. Cependant il ne faut pas oublier que les rechutes en sont souvent la conséquence.

L'appendicite à rechutes peut mettre en danger la vie du malade soit en l'épuisant par ses attaques répétées, soit en l'exposant à une tuberculose pulmonaire, soit enfin en passant à l'état aigu, elle peut alors entraîner la mort. Lorsque les attaques sont fréquentes, elle condamne le malade au repos et au lit, faisant d'un homme robuste un invalide. En outre, comme le fait remarquer Trèves, les attaques deviennent de plus en plus sévères, pouvant même tuer le malade.

DIAGNOSTIC

En présence d'un malade chez lequel on soupçonne une appendicite, on doit se poser les questions suivantes :

- 1° Il y a-t-il une lésion de l'appendice iléo-cœcal ?
- 2° Quelle en est la variété ou la forme ?
- 3° Est-elle due à un corps étranger ? ou à toute autre cause ?
- 4° Quelles sont les affections qui pourraient être confondues avec une lésion de l'appendice ?

1° Il y a-t-il une lésion de l'appendice iléo-cœcal ? — La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que le diagnostic de l'appendicite est en général des plus faciles, surtout au début de la maladie. Apparition brusque d'une douleur très vive au niveau de la fosse iliaque droite, avec ou sans irradiations douloureuses, avec ou sans ballonnement du ventre, s'accompagnant de constipation et de vomissements. Au palper, contracture douloureuse des muscles abdominaux antérieurs du côté droit, et sensation très nette d'une tumeur plus ou moins volumineuse, très douloureuse, au point de Mac-Burney. En même temps, symptômes généraux plus ou moins intenses, fièvre, température de 38° à 40°, pouls 120° ou plus. Tels sont les symptômes qui permettront de diagnostiquer une lésion de l'appendice.

2° Quelle en est la forme ? — S'agit-il d'une appendicite simple, d'une perforation de l'appendice avec abcès localisé ou péritonite généralisée ? Autant de questions fort importantes à cause du traitement et souvent très difficiles à résoudre. La difficulté est même tellement grande que c'est un des meilleurs arguments de ceux qui interviennent à outrance dans tous les cas.

Au début d'une appendicite il est impossible de dire comment elle se terminera. Nous avons vu que la gravité des symptômes dès le début, n'est pas un argument en faveur d'une terminaison fatale et qu'il existe des cas très bénins avec des symptômes tellement graves qu'on peut se croire en présence d'une perforation de l'appendice avec péritonite généralisée. Dans d'autres cas des symptômes très atténués sont suivis d'une issue fatale. Il est donc impossible de dire ce que sera une appendicite.

Mais lorsque la maladie a suivi son cours, le diagnostic de la forme devient plus facile ; généralement on peut le faire vers le troisième ou le quatrième jour.

A ce moment, le hoquet, les vomissements porracés, la fièvre vive, la fréquence du pouls, le faciès grippé, la douleur irradiée à tout l'abdomen avec maximum dans la fosse iliaque droite, permettront d'affirmer, dans le plus grand nombre de cas, qu'il y a une généralisation de la péritonite. On a beaucoup insisté sur l'absence de la tumeur à droite, dans ces cas. Cependant la tumeur peut exister, mais elle est petite le plus souvent.

Dans la forme localisée, nous trouvons des symptômes généraux beaucoup moins inquiétants. Les vomissements sont moins fréquents, la fièvre moins vive, le malade n'a pas le faciès grippé comme précédemment. La douleur est le plus souvent localisée à droite. Le palper, la percussion permettront de reconnaître une tumeur plus ou moins volumineuse, dou-

loureuse, située au niveau de l'appendice, au point de Mac Burney.

S'il s'agit d'une appendicite simple, les caractères de cette tumeur permettront de faire le diagnostic : à travers la paroi abdominale on sentira l'appendice, gros comme l'index, douloureux, roulant sous les doigts.

S'il s'agit d'une péritonite localisée, avec formation de pus, la tumeur sera plus volumineuse, car elle est ici formée par la soudure de plusieurs anses intestinales agglomérées par des exsudats fibrineux ; elle ne sera pas mate, mais donnera un son hydroaérique ; elle sera le siège de gargouillements. Le toucher rectal ou vaginal permettra parfois de la sentir nettement.

Maintenant, à quels caractères reconnaîtra-t-on la présence du pus ?

Il est des cas où la présence du pus est absolument manifeste ; ce sont les cas où le malade a résisté à une abstention très longue et alors la rougeur et l'œdème de la peau, sa tuméfaction, sa chaleur localisée, l'existence d'une fluctuation bien nette ne permettent plus de douter de la présence d'un abcès. Mais si l'on attend ces symptômes pour affirmer l'existence du pus, on risque fort d'exposer le malade à de graves complications. Le plus souvent il faut diagnostiquer le pus avant qu'il soit perceptible par la fluctuation.

La ponction exploratrice a été mise en honneur par quelques auteurs : Fitz, Vickery, Pepper, Loomis, Weir, Kammerer en Amérique ; Renvers, Furbringer en Allemagne. Mais actuellement même, aux États-Unis, ce mode d'exploration est universellement réprouvé. Bull la recommande seulement quand il y a une tumeur. Mac-Burney conseille de ne pas s'en servir au début de l'affection, ce n'est qu'à la fin que son usage est excusable, mais inutile. Sands, s'appuyant sur les cas mortels cités par Gerster et Roosevelt, la déconseille formellement. C'est aussi l'avis de Ransohoff, de Trèves, de Roux (de Lausanne), parce que,

dit ce dernier, « cette ponction est quelquefois dangereuse, très souvent sans résultat et toujours inutile. »

Ainsi donc, inutile quand la fluctuation existe, la ponction exploratrice ne donne souvent pas de résultats, même lorsque le pus est bien nettement formé. Elle est dangereuse, car elle peut être suivie d'une perforation intestinale, d'une lésion des vaisseaux iliaques, enfin si elle a été dans son trajet, en contact avec des germes pathogènes, devenir un agent d'ensemencement de ces germes en d'autres points.

Nous avons déjà indiqué, en faisant l'étude des symptômes, le signe que Roux (de Lausanne), considère comme caractéristique de la présence du pus. Au palper on sent au niveau du cœcum et du colon, un cylindre mollasse, comparable, comme consistance, à du carton mouillé et dû à l'infiltration œdémateuse de cet intestin. Mais pour que ce symptôme soit net il faut s'assurer que l'intestin est bien vide de matières fécales. Malheureusement ce signe n'a été bien constaté que par son auteur et il fait défaut dans nos autres observations.

Le toucher rectal ou vaginal a souvent permis de reconnaître un empâtement ou une fluctuation à droite et de prévoir si la collection purulente a tendance à se vider de ce côté. La matité de la tumeur n'existe bien nettement que quand elle est superficielle.

On se basera, pour affirmer l'existence du pus, sur les signes que nous venons d'indiquer, mais surtout sur la marche de la maladie. Si vers le 8^e ou 9^e jour la température s'élève, si les phénomènes locaux deviennent plus intenses, on peut affirmer l'existence du pus.

Quant à la péritonite généralisée secondaire, consécutive à la rupture d'un abcès dans le péritoine, on la reconnaîtra aux signes déjà indiqués pour la péritonite primitive.

L'appendicite à rechutes n'ayant pas d'existence propre, présente toutes les variétés des symptômes précédents.

3^o Quelle est la cause de l'appendicite? Il est extrêmement difficile de faire le diagnostic étiologique. Cependant, dans

quelques cas, la présence de lésions manifestement tuberculeuses en d'autres organes, poumons, testicule, intestin, peau, ganglions, etc., le peu d'intensité des symptômes pourront faire penser à une *tuberculose de l'appendice* iléo-cœcal. L'appendicite causée par des actinomycètes n'a jamais été diagnostiquée, c'est une trouvaille opératoire.

Quant aux appendicites consécutives à une sténose, à un étranglement par brides fibreuses, à une pénétration de l'organe dans la fossette de Luschka, il est encore impossible de la distinguer d'avec l'appendicite par corps étrangers. Jamais un tel diagnostic n'a pu être fait.

Dans certains cas, les commémoratifs permettent de penser à un corps étranger : des coliques hépatiques, l'ingurgitation de poisson, d'épingles, de fruits avec leurs noyaux. Mais ce sont là de simples présomptions qui ne peuvent entraîner la certitude.

4° Quelles sont les affections qui pourraient être confondues avec une lésion de l'appendice ?

L'étude du diagnostic différentiel de l'appendicite peut se faire soit en énumérant successivement les diverses formes de l'affection et les maladies avec lesquelles on peut les confondre, soit en étudiant chaque symptôme et les maladies qui le présentent. La première méthode a été adoptée par M. Jalaguier dans son article du *Traité de chirurgie* ; la seconde méthode est celle de M. Talamon dans son ouvrage sur les *Appendicites et Typhlites*. C'est cette dernière méthode que nous suivrons. Nous étudierons aussi l'appendicite chez la femme pendant la grossesse et en dehors de la grossesse.

A. — *La douleur*. — Les symptômes douloureux du début de l'appendicite peuvent être une cause d'erreurs, surtout lorsqu'ils sont généralisés sur tout l'abdomen ou lorsqu'ils

subissent certaines modifications de siège. Le médecin peut se croire en présence :

- a. D'une colique hépatique ;
- b. D'une colique néphrétique ;
- c. D'une indigestion ;
- d. D'une crise douloureuse d'entéro-colite membraneuse ;
- e. D'une colique saturnine.

a. *Colique hépatique.* — L'apparition de la douleur est très brusque, accompagnée de vomissements, d'irradiations douloureuses souvent plus difficiles à localiser que le malade souffre beaucoup et ne se rend pas compte très nettement de la localisation de ses sensations. Mais cependant, ici, la douleur est plus nettement située au-dessus de l'ombilic, avec irradiation douloureuse vers l'estomac et vers les côtes et maximum de douleur sous le rebord costal ; tandis que dans l'appendicite la douleur est sous-ombilicale avec irradiation vers les cuisses et maximum dans la fosse iliaque droite.

Les jours suivants : la présence d'une teinte ictérique, de troubles gastriques feront pencher la balance en faveur d'une lithiase biliaire, ou bien la localisation de la douleur à droite au point de Mac-Burney, la présence d'une tumeur à ce niveau viendront confirmer le diagnostic d'appendicite. Cependant, si la crise douloureuse est unique et ne laisse pas de traces, on peut rester toujours dans le doute, d'autant plus que parfois les malades atteints d'appendicite présentent une teinte ictérique.

La *Cholécystique calculeuse* se traduit, très rarement il est vrai, par des irradiations douloureuses le long du colon ascendant avec retentissement dans la fosse iliaque droite. Mais c'est, comme le fait remarquer Maurin, une affection de la vieillesse, âge où l'appendicite devient exceptionnelle.

b. — *Colique néphrétique.* — Dans certains cas, la rétraction des bourses, l'amurie ou la dysurie, accompagnées de douleurs

localisées à droite, peuvent faire penser à des coliques néphrétiques. Mais l'erreur ne peut être de longue durée, l'examen des urines, la présence de graviers, l'exploration du rein ne tarderont pas à affirmer le diagnostic.

c. — *Indigestion*. — Comme souvent l'appendicite survient après un repas copieux, ce commémoratif pourra faire mettre les troubles consécutifs sur le compte d'une indigestion surtout si la douleur est peu vive, pas nettement localisée. Ici le diagnostic est impossible au début, il faut attendre, et lorsqu'on aura trouvé le maximum de la douleur à droite on sera fixé.

d. — *Entéro-colite muco-membraneuse*. — Ici le diagnostic n'est pas des plus faciles, car comme nous l'avons vu, la colite peut être suivie d'une appendicite et il devient difficile de démêler ce qui appartient à l'une et à l'autre de ces affections. Cependant la recherche du point de Mac-Burney est encore un des meilleurs signes différentiels. En outre, dans la colite, il y a de la sensibilité générale de l'abdomen, des épreintes douloureuses, des selles sanguinolentes, enfin la maladie cède à l'emploi des purgatifs.

e. — *Coliques saturnines*. — A la suite d'un écart de régime quelquefois précédé d'un malaise général, apparaît une douleur brusque partant de l'ombilic pour s'irradier dans tout l'abdomen, descendre dans les cuisses et les bourses; en même temps, vomissements et constipation. Tels sont les symptômes principaux de la colique de plomb: on voit quelle grande analogie ils présentent avec ceux de l'appendicite. Mais la douleur du saturnin présente un caractère différentiel des plus importants: une large pression le fait disparaître. En outre la recherche des autres symptômes du saturnisme: liseré de p'omb, rétraction du foie, et surtout les commémoratifs mettront sur la voie du diagnostic.

Signalons, sans nous y arrêter, la possibilité d'une erreur

de diagnostic due à la confusion d'une appendicite avec les crises douloureuses, abdominales, que l'on trouve dans l'ataxie locomotrice.

Erreurs de diagnostic dues au siège anormal de la douleur. — Dans un cas de Routier (n° 120) et dans un autre de Fränkel, le maximum de la douleur était à gauche; nous en avons trouvé une troisième observation : dans le premier cas on ne fit pas le diagnostic d'appendicite, mais celui de péritonite par perforation. Ces faits sont explicables par les déviations de l'appendice, anormalement fixé par des adhérences. Dans d'autres cas, le maximum de la douleur était dans la région lombaire, simulant une névralgie *lombo-abdominale* ou une *périnéphrite*.

Enfin, nous avons parlé de la rétraction de la cuisse et de l'attitude du malade atteint d'appendicite, attitude qui simule parfois celle du *coxalgique*. Gibney a rapporté cinq cas où le malade présentait cette attitude. Il y avait en outre un abcès dans la fosse iliaque droite. Ici encore la recherche du point de Mac-Burney et l'examen de l'articulation de la hanche, avec ou sans chloroforme permettront de lever les doutes. Mais où le diagnostic devient extrêmement difficile, c'est lorsque le pus est venu fuser dans l'articulation de la hanche : ce fait a toujours été très rare et il devient de moins en moins fréquent, depuis qu'on intervient plus fréquemment dans les typhlites.

Dans la *psöite*, l'attitude du malade est la suivante : la cuisse du côté malade est en abduction avec rotation en dehors et flexion. Il y a, en outre, une tumeur qui vient se former au niveau de la région inguino-crurale. Le diagnostic est d'autant moins facile que la suppuration de l'appendice peut se terminer par une *psöite*.

B. — *La tumeur*. — Lorsqu'on a constaté chez un malade la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, il faut se demander s'il y a là un néoplasme vrai ou une tuméfaction

due à une inflammation ou à une stase des matières fécales et enfin quel est le siège de cette tumeur.

La coprostase dans le cœcum et le colon se rencontre assez fréquemment, c'est la *typhlite vraie*, la *typhlite stercorale* que les Anglais et Américains nomment *cæcitis*, et qui fut longtemps confondue sous une même dénomination avec l'appendicite. Mais dans la typhlite la tumeur stercorale siège non au niveau de l'appendice mais au niveau du cœcum et du colon, elle n'est pas très douloureuse, elle présente une forme marronnée et garde l'empreinte du doigt. L'emploi des purgatifs fera cesser toute équivoque. Il faut bien se garder de confondre la cœcite d'origine stercorale, avec l'œdème du cœcum signalé par Roux (de Lausanne).

Les néoplasmes que l'on ressent le plus souvent dans la fosse iliaque droite sont : le cancer du cœcum ou des ganglions mésentériques et iliaques, l'ostéosarcome de l'os iliaque. On pourrait croire que ce diagnostic est facile, les tumeurs ne s'accompagnant pas d'ordinaire de fièvre ni d'élévation de température. Mais il n'en est pas toujours ainsi. La fièvre coïncide souvent avec le développement d'un ostéosarcome et parfois le cancer du cœcum devient le point de départ de collections purulentes.

Cependant, dans le *cancer du cœcum*, l'âge du malade, son amaigrissement progressif, l'évacuation de matières noirâtres par les selles pourront permettre de différencier le cancer de l'appendicite. Dans un cas de Mac-Burney, ce diagnostic fut longtemps en suspens. Le *cancer des ganglions mésentériques et iliaques* est le plus souvent secondaire et on trouvera le point de départ de la tumeur sur le trajet des lymphatiques qui se rendent à ces ganglions. Dans un cas, on a cru qu'il y avait un *ostéosarcome de l'os iliaque*, alors qu'il y avait une appendicite.

Indépendamment des néoplasmes, il existe un grand nombre de tuméfactions qui viennent se former dans la fosse iliaque. tuméfaction d'origine inflammatoire.

On peut se trouver en présence d'une *ostéite tuberculeuse primitive de l'os iliaque* comme dans le cas récent de Krafft, où cette lésion fut confondue avec une pérityphlite. D'autres fois, il s'agit de *tumeurs ganglionnaires*, d'origine tuberculeuse ou autres, adénites des ganglions iliaques, mais alors on trouve généralement une polyadénite inguino-crurale concomitante.

D'autres fois une collection purulente vient se collecter au niveau du pli de l'aîne, au-dessus du ligament de Poupert. S'agit-il d'un abcès migrateur, ayant pour point de départ un *mal de Pott* : l'examen de la colonne vertébrale, fait avec soin, la recherche de la gibbosité et en outre le peu de réaction inflammatoire accusé par le malade, mettront sur la voie du diagnostic.

Le diagnostic devient bien plus difficile quand il s'agit des nombreux abcès à point de départ si divers, qui viennent se former au niveau du pli de l'aîne, le point de départ est-il le rein, est-il le psoas, etc. Parfois aussi le pus de l'abcès périappendiculaire vient faire saillie au niveau du triangle de Jean-Louis Petit, lieu d'élection pour les abcès périnéphrétiques. Dans tous ces cas, il n'existe pas de signes différentiels bien nets entre ces diverses affections, le seul moyen de faire le diagnostic sera de se baser sur les commémoratifs. Il faudra aussi examiner avec soin les urines

Appendicite chez la femme. — Le voisinage des organes génitaux et de l'appendice chez la femme est une cause fréquente d'erreurs de diagnostic, d'autant plus que ces organes peuvent être malades simultanément, comme nous en avons relevé plusieurs cas. En outre l'état de grossesse vient encore compliquer la situation.

Les diverses lésions des annexes utérines et entre autres le pyosalpinx, les tumeurs de cette région, le flegmon du ligament large, ont été bien des fois diagnostiquées alors qu'il

s'agissait d'appendicites, d'autant plus que quelquefois le pus d'origine appendiculaire vient faire saillie au niveau du vagin et du rectum. Peut-être faut-il croire avec Ashby que l'appendicite n'est si rare chez la femme que parce que, le plus souvent, elle n'est pas diagnostiquée.

Cependant, ce diagnostic n'est pas impossible. On se basera surtout sur les commémoratifs, sur le siège exact du début de la douleur et, en particulier, on recherchera avec soin le point de Mac-Burney. Le toucher vaginal et le toucher rectal combinés avec le palper bimanuel, pratiqués sous le chloroforme, permettront de localiser plus nettement le siège de la tumeur. Mais il est bien certain que cet examen sera surtout profitable au début de l'affection. L'examen des organes génitaux pratiqué au spéculum fera trouver des lésions utérines, métrites de diverses natures, qui souvent sont le point de départ des maladies des annexes. Le *pyosalpinx* et les diverses lésions annexielles forment dans le cul-de-sac postérieur du vagin une tumeur douloureuse, perceptible dès le début de l'affection. L'*hématocèle rétro-utérine* se développe d'ordinaire très brusquement et s'accompagne parfois de phénomènes fébriles et péritonitiques qui peuvent être une cause d'erreurs. Mais ici, l'apparition brusque d'une tumeur assez volumineuse dans le cul-de-sac postérieur fera porter le diagnostic. Enfin, il est rare que, dès le début d'une appendicite, l'utérus soit immobilisé au fond du vagin : le plus souvent, dès le début d'une oophoro-salpingite, l'utérus est immobilisé par les exsudats de périmétrite.

Mais le diagnostic devient extrêmement difficile lorsque la lésion appendiculaire s'accompagne d'une lésion utérine ou annexielle. Dans une observation inédite que nous devons à M. Schwartz (n° 1), on dut pratiquer une laparotomie médiane pour réduire l'utérus en rétroversion ; il y avait en même temps une appendicite à rechutes. Mixter a rapporté un cas d'appendicite associée à des fibromes utérins. Une salpingite

coïncidait avec une appendicite dans un cas de Welch. Dans un cas de Richelot, il y avait une adhérence entre l'appendice malade et l'ovaire gauche kystique : le diagnostic de salpingite avait été porté. Dans tous ces cas, il est certain que le diagnostic est extrêmement difficile, sinon impossible. Nous ne saurions trop recommander l'examen sous le chloroforme : toucher vaginal et rectal, palper bimanuel et la recherche scrupuleuse des commémoratifs.

La *grossesse* est encore une cause d'erreurs, soit qu'elle coïncide avec une appendicite, soit qu'elle soit seule. On voit souvent l'appendicite amener la suppression des règles, symptôme commun avec la grossesse. Mais on sait que ce seul symptôme ne suffit pas pour affirmer l'existence d'une grossesse. On devra rechercher avec soin tous les symptômes de la grossesse, ceux par lequel le fœtus traduit lui-même sa présence, ballottement fœtal, mouvements actifs, bruits du cœur fœtal, et ceux qui résultent des modifications de l'organisme maternel : vomissements, modifications des seins, suppression des règles, développement du corps de l'utérus, ramollissement du col, etc.

Nous avons réuni à la fin de de cette thèse cinq observations dans lesquelles l'appendicite et la grossesse ont joué chacune leur rôle. Dans le cas de Stimson (n° 84) le médecin se basant sur la suppression des règles pendant 3 mois, sur l'apparition de brusques douleurs à droite coïncidant avec une perte de sang et avec l'apparition d'un empatement sur le côté droit du vagin, fit le diagnostic de grossesse extra-utérine, alors qu'il y avait en réalité une appendicite. Le cas de Welch n'appartient pas à l'appendicite par corps étrangers, il n'en est pas moins instructif : il s'agit d'une femme chez laquelle coïncidait une grossesse extra-utérine rompue et diagnostiquée avec une appendicite. La façon dont fut faite ce diagnostic mérite qu'on s'y arrête un instant. Une ponction exploratrice faite avec une aiguille stérilisée, au niveau de la tumeur, donna

une culture pure de *bacterium coli*; on en conclut à l'existence d'une perforation intestinale.

A-t-on le droit de tirer une telle conclusion? Certes, non, surtout lorsqu'il s'agit de péritonites puerpérales. On sait aujourd'hui que le *bacterium coli* est bien souvent la cause de péritonites puerpérales : les matières fécales en contiennent en abondance et le voisinage du rectum suffit pour en expliquer l'origine pendant l'accouchement.

L'accouchement prématuré, et même la mort du fœtus nous paraissent être la conséquence des appendicites pendant la grossesse : malheureusement, nous n'avons pas assez d'observations pour pouvoir donner des chiffres. (Observ. nos 40, 67, 71, 84, 112). Cependant, Fitz dit que l'appendicite détermine sûrement l'avortement.

C. — *Phénomènes d'étranglement interne.* — Nous avons vu que l'appendicite s'accompagne souvent de constipation opiniâtre avec ténésme rectal et issu de mucus sanguinolent par l'anus avec ou sans météorisme, avec vomissements quelquefois fécaloïdes. On comprend que de tels symptômes aient pu faire supposer qu'il s'agissait d'une obstruction intestinale, d'autant plus que les deux affections débutent d'ordinaire brusquement. Dans plusieurs des observations, cette erreur de diagnostic fut faite, entre autre dans un cas de M. Routier. Cette erreur n'a pas grande importance, le traitement de l'opération étant le même. Cependant, en examinant avec soin le début de l'affection, en recherchant le maximum de la douleur, on arrivera au diagnostic exact. Lorsqu'il s'agit de l'*invagination iléo-cæcale* qui pourrait, d'après Reclus, être confondue avec l'appendicite, nous trouvons tous les symptômes de cette maladie. La douleur moins vive et plus localisée, la fièvre rare et moins prompte, les vomissements plus rebelles et plus tardifs, l'existence parfois de selles sanglantes, enfin le siège de la tuméfaction seraient, d'après Reclus, suffisants pour distin-

guer les deux maladies. Nous croyons avec M. Talamon que ce diagnostic est des plus difficile, impossible le plus souvent.

D. — *Symptômes généraux.* — La similitude de certains symptômes généraux ont fait croire dans certains cas : à une fièvre typhoïde, à une péritonite tuberculeuse, à du choléra.

La *fièvre typhoïde* s'accompagne d'élévation de température et de phénomènes intestinaux, en particulier de gargouillements dans la fosse iliaque droite, avec douleurs à ce niveau. Mais la température présente dans la fièvre typhoïde une régularité qu'elle n'a jamais dans l'appendicite, où elle atteint rarement le degré élevé de la fièvre typhoïde ; en outre la douleur iliaque est loin d'avoir la même intensité dans la fièvre typhoïde. En attendant quelques jours, l'apparition des taches rosées et la marche cyclique des accidents fébriles ne pourront laisser subsister cette erreur.

Des attaques répétées d'appendicite pourraient être confondues soit avec une *péritonite tuberculeuse* localisée, à forme plastique, soit avec une localisation d'*entérite tuberculeuse* au niveau du cœcum. On connaît, en effet, les cas de Pilliet et Hartmann, où la tuberculose du cœcum simulait absolument un cancer de la région, et celui de Billroth où le diagnostic de cancer fut porté. La difficulté du diagnostic est encore rendue plus grande par ce fait que l'appendicite et la tuberculose peuvent coexister, soit qu'il s'agisse d'appendicite stercorale chez un tuberculeux ou d'une appendicite tuberculeuse à proprement parler.

Il faudra examiner avec soin les divers organes du malade pour y chercher les signes de la tuberculose. Mais quelquefois ce diagnostic sera très difficile d'autant plus que la cachexie due à des attaques répétées d'appendicite peut être confondue avec la cachexie des tuberculeux.

Enfin, nous ne citerions pas la possibilité d'une confusion entre l'appendicite et le *choléra* si deux fois une pareille erreur n'avait été faite (obs. n° 72 et 85).

TRAITEMENT

Jusqu'à ces dernières années le traitement de l'appendicite qui était, du reste, confondu avec la typhlite, était à peu près exclusivement du domaine médical. Tout au plus intervenait-on pour inciser un abcès dont on connaissait mal l'origine. Actuellement les travaux de Trèves, de Fitz, de Sands, de Mac-Burney, etc., ont changé la face des choses et maintenant le traitement de l'appendicite est aussi bien du ressort chirurgical que du domaine médical.

Cependant la question du traitement est encore loin d'être complètement résolue et il y a encore bien des points à éclairer. Les succès incontestables que les chirurgiens américains ont obtenus en intervenant par une opération aussitôt le diagnostic d'appendicite posé et dès le début de l'affection, les ont poussés à émettre l'avis d'intervenir dans tous les cas et le plus vite possible. Cette opinion excessive a été l'objet de vives critiques de la part de médecins et de nombre de chirurgiens, entre autres Trèves, qui reconnaissent qu'un grand nombre d'appendicites guérissent spontanément ou par un simple traitement médical et qui se refusent à exposer leurs malades aux risques d'une opération qui n'est pas absolument indispensable. Nous nous rangerons à l'avis de ces derniers, et nous étudierons d'abord le traitement médical puis le traitement chirurgical.

TRAITEMENT MÉDICAL

Le traitement médical doit être seul employé lorsqu'il s'agit d'appendicites simples, avec ou sans péritonite généralisée, lorsqu'il n'y a ni suppuration, ni péritonite généralisée. Il est encore applicable aux abcès localisés et aux péritonites généralisées lorsque le malade est en état de shock (Fitz); lorsqu'il y a du météorisme, Mac-Burney recommande de ne pas opérer, car on serait gêné par les anses intestinales distendues. Dans une communication orale, M. Roux (de Lausanne), nous a déclaré qu'en présence d'un malade atteint de péritonite généralisée avec symptômes graves, il essayait d'abord, par le traitement médical, de faire disparaître ces symptômes, de remonter le malade afin de le placer dans de meilleures conditions pour l'intervention ultérieure. Mais dans ces derniers cas, il ne faut pas espérer une cure définitive, que le traitement chirurgical peut seul donner.

Les moyens médicaux employés contre l'appendicite sont : le repos, la diète, les calmants, les antiphlogistiques locaux (glace, sangsues, vésicatoires), les purgatifs et les lavements, les antiseptiques intestinaux.

Le repos au lit doit être ordonné dès le début de l'affection et quel que soit le cas, médical ou chirurgical. On évitera ainsi les douleurs que les moindres mouvements causent au malade, et s'il s'agit d'une forme avec abcès localisé, la rupture de l'abcès dans le péritoine. On ordonnera le repos tant

que les phénomènes locaux, douleur et tuméfaction n'aient pas complètement disparu.

La diète est aussi un excellent moyen. Elle ne doit pas être absolue : il faut donner aux malades du lait, des potages, des aliments d'une digestion facile et laissant peu de résidus. On évitera ainsi le péristaltisme intestinal, qui peut être une cause de contraction de l'appendice et de perforation.

Le calmant le plus employé est l'opium à l'intérieur ou la morphine en injections hypodermiques. Cette méthode de traitement a été critiquée. Link lui reproche de ne pas chasser les poisons contenu dans le tube digestif et de maintenir le statu quo, Mac-Burney recommande de ne pas abuser des calmants qui masquent les symptômes et maintiennent l'entourage du malade dans une sécurité trompeuse. Nous croyons que ce danger et que l'emploi de la morphine en injections hypodermiques est bien indiqué pour soulager les vives douleurs de la colique appendiculaire et procurer au malade un peu de repos. Le chloral et le sulfonal pourraient être employés dans le même but : ils n'ont pas la même action que la morphine sur l'intestin.

La potion de Rivière donnera aussi de bons résultats contre les vomissements si fréquents qui accompagnent l'accès. Les malades se trouvent très soulagés en suçant de petits morceaux de glace ou en avalant des boissons glacées. Peut-être aussi la cocaïne calmerait-elle les vomissements.

Les antiphlogistiques locaux ont pour but non seulement de diminuer l'inflammation locale, mais aussi de diminuer la douleur. La glace, en applications locales, enfermée dans une vessie ou dans une poche de caoutchouc, rendra de grands services. Les sangsues agissent, dit-on, en diminuant l'afflux sanguin dans l'appendice tuméfié. Les vésicatoires ne nous paraissent pas indiqués, car en cas d'erreur de diagnostic, si l'on était obligé de pratiquer une intervention, l'asepsie de la région ne serait pas facilitée par leur emploi. — Les onctions d'onguent mercu-

riel plus ou moins belladonné, agissent comme calmants et comme antiseptiques locaux ? Les cataplasmes arrosés de laudanum très chauds sont de très bons calmants.

Les purgatifs et les lavements comptent de chauds partisans et des adversaires déterminés. Leurs adversaires leur reprochent de déterminer des contractions intestinales qui retentiraient sur l'appendice et qui auraient pour résultat de déterminer des perforations en enclavant de plus en plus le corps étranger. On ne comprend pas bien le rôle des purgatifs, comme moyen curatif dans l'appendicite. L'appendice est placé en dehors du cours des matières fécales et nous croyons que les purgatifs ne sont indiqués que quand il y a nettement stase des matières fécales et constipation.

Les antiseptiques intestinaux sont recommandés par M. Talamon pour enrayer les fermentations intestinales et la formation des gaz ; naphtol benzonaptol, etc.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

La question du traitement chirurgical des appendicites est encore loin d'être résolue, et les chirurgiens peuvent être divisés en trois grandes catégories à ce sujet :

1° Ceux qui interviennent dans tous les cas et le plus tôt possible ;

2° Ceux qui réservent leur intervention aux cas qui ne pourraient guérir sans elle ;

3° Ceux qui interviennent trop tard.

Les chirurgiens qui interviennent à outrance sont surtout des Américains. Parmi eux Mac-Burney, Bull, Lewis A. Stimson, Hartley, Hugo Philler, Worcester sont partisans de l'intervention chirurgicale dans tous les cas, si après un laps de temps variant suivant les cas et suivant les auteurs de 24 à 48 heures ou même 4 jours après le début des accidents, ceux-ci ne paraissent pas devoir s'amender. Plusieurs fois cette intervention précoce a été faite très rapidement : Murray la pratiqua 14 heures après le début des accidents et Dalton 24 heures après.

Leurs arguments sont :

a. — L'impossibilité de distinguer d'une façon certaine les cas bénins des cas graves, Mac-Burney insiste sur l'incons-

tance des symptômes que l'on considère d'ordinaire comme faisant prévoir une terminaison fatale : pouls, température, symptômes locaux, etc.

b. — La mort survient parfois dans les 24 à 48 premières heures. Mais c'est là un fait extrêmement rare.

c. — Une opération trop tardive n'empêchera pas la mort de survenir. En opérant de bonne heure on pourrait éviter une issue fatale.

d. — L'intervention immédiate donne d'excellents résultats et est sans la moindre gravité.

Ces arguments sont au premier abord des plus séduisants. On éprouve une grande satisfaction en pensant que, du premier coup, par une opération d'autant plus facile qu'elle est faite dès le début et d'autant plus sûre qu'elle sera aseptique, on guérira radicalement son malade.

Mais n'oublions pas qu'un grand nombre d'appendicites guériront spontanément : pourquoi faire courir au malade les chances d'une opération qui n'est pas indiquée. Cette opération, si bénigne que l'habileté de l'opérateur et l'usage de l'antiseptie puisse la rendre, n'est cependant pas sans dangers. Il peut se produire une hernie au niveau de la cicatrice, une fistule, enfin le malade peut être emporté par une péritonite généralisée due à une faute d'antiseptie. En outre, les formes graves, fulminantes, sont extrêmement rares, heureusement. Il est certain que si leur diagnostic était possible dès le début, l'intervention chirurgicale ne devrait pas se faire attendre. Quant à l'argument tiré de la valeur intrinsèque des symptômes au point de vue du pronostic, il est aussi sans valeur : car il suffira au chirurgien d'attendre quelques jours pour être bien vite fixé sur la marche de la maladie et sans cependant compromettre la vie du malade.

Il ne faudrait pas cependant tomber dans l'excès contraire et faire comme les anciens chirurgiens, qui attendaient que

l'abcès vienne faire saillie à la peau avant d'intervenir. Ceux-là intervenaient trop tard. Le malade est exposé à de graves complications : à la péritonite généralisée, à la pélyphlébite, à l'ouverture de l'abcès dans une cavité naturelle, sans compter que très souvent on a laissé mourir des malades atteints de péritonite généralisée d'emblée, sans même songer à intervenir. Il ne faut donc pas opérer trop tard.

Nous croyons que l'intervention chirurgicale doit être réservée aux cas qui ne pourraient guérir sans elle. C'est l'opinion de Trèves, de Berger, de Schwartz, de Roux de Lausanne, de Jalaguier, de Ricard, etc.

Ce sont : les appendicites à rechutes, les appendicites avec abcès localisés, les appendicites avec péritonite généralisée. En dehors de ces trois cas, toute intervention chirurgicale n'a aucune raison d'être.

Quand doit-on intervenir ? Cette question est extrêmement difficile à résoudre, car elle est extrêmement variable suivant les cas. Il est certain qu'il est des cas de péritonite fulminante où l'intervention la plus précoce possible est la seule chance de salut qu'ait le malade, on ne pourrait reprocher au chirurgien d'intervenir dans les 24 ou 48 premières heures. Mais le plus souvent une intervention aussi rapide n'a aucune raison d'être.

On devra cependant ne pas trop tarder lorsqu'il s'agit d'une péritonite généralisée d'emblée et on fera bien d'opérer aussitôt que l'on aura trouvé des symptômes de perforation et de généralisation. Cependant, lorsque les symptômes seront extrêmement graves, lorsqu'il aura du météorisme, lorsque le malade sera en état de shock, il sera bien préférable de différer un peu l'opération et de faire le traitement médical de façon à atténuer ces symptômes graves, à remonter le patient et à le mettre en état de supporter l'opération. Si le traitement médical ne faisait pas diminuer ces symptômes, si l'état de shock persistait, toute intervention serait inutile puisqu'elle

n'aurait pour résultat que de hâter la fin du malade. M. Roux, de Lausanne, dans une communication orale, nous a suggéré cette idée que nous adoptons pleinement.

L'intervention chirurgicale devra être précoce lorsqu'il s'agit de péritonite généralisée. Il ne faudra pas attendre plus longtemps que le 3^e ou 4^e jour.

Lorsqu'au contraire, on s'aperçoit que les phénomènes morbides du côté de l'appendice, ont une tendance à se localiser bien nettement, l'attente peut être un peu plus longue, sans cependant attendre que le pus vienne faire saillie à la peau. L'expectative donnera ici de bons résultats, car elle permettra la formation des adhérences et la localisation du pus, conditions extrêmement favorables pour une opération. Généralement, vers le 5^e ou 6^e jour, ces conditions sont remplies et l'intervention peut être effectuée dans de bonnes conditions.

Reste la question de l'intervention dans les appendicites à rechute. Actuellement la plupart des auteurs sont tous du même avis : l'intervention chirurgicale doit être pratiquée à froid, c'est-à-dire dans l'intervalle de deux crises. Dennis seul soutient que l'intervention doit être faite pendant la crise même. Il est certainement des cas où son opinion est parfaitement juste : lorsque la crise se termine par une péritonite généralisée ou par un abcès localisé, ce qui n'est pas très rare. On comprend qu'alors on ne peut attendre.

Mais lorsqu'on le peut, on doit attendre, laisser passer les symptômes parfois très graves qui accompagnent l'attaque, en soumettant le malade au traitement médical et l'opérer ensuite, une fois la crise terminée. On sera ainsi dans d'excellentes conditions pour opérer.

Ici l'intervention est d'autant plus indiquée que les crises d'appendicites vont très souvent en augmentant de gravité et compromettent la vie du malade à chaque nouvel accès, soit en passant à l'état aigu, soit en le cachectisant et en l'épuisant de plus en plus.

L'intervention à froid est d'autant plus indiquée que des adhérences se sont formées autour de l'appendice, protégeant le péritoine général.

Quelle est la meilleure manière d'intervenir ? Un grand nombre de modes opératoires ont été proposés par divers auteurs ; nous les diviserons en deux grandes catégories : 1^o Opérations ayant pour but d'évacuer le pus formé autour de l'appendice ; 2^o opérations ayant pour but d'agir sur l'appendice lui-même.

1^o *Opérations ayant pour but d'évacuer le pus formé autour de l'appendice.* — Ce sont : la ponction, l'incision simple, l'incision en deux temps. D'une façon générale, toutes ces opérations incomplètes exposent le malade à des récidives et à des fistules. Ce ne sont donc que des opérations de nécessité que le chirurgien ne doit pratiquer que lorsqu'il y a impossibilité absolue d'aller à l'origine du mal.

a. — *La ponction.* — Elle peut être faite avec les instruments aspirateurs de Potain et de Dieulafoy en choisissant un trocart d'assez fort calibre pour permettre l'issue facile du pus. Elle a, paraît-il, donné des succès à Renvers, Furbringer. Richardson cite deux cas d'appendicite guérie par une ponction à travers les parois du rectum où l'abcès venait faire saillie. Nous avons déjà dit ce que nous pensions de la ponction exploratrice et notre manière de voir s'applique aussi à la ponction comme moyen curatif ; elle est dangereuse car elle expose aux blessures de l'intestin, elle est le plus souvent inutile, car elle n'est pas radicale. De toutes manières, ce n'est là qu'un procédé d'exception.

b. *L'incision simple.* — Ce mode de traitement n'est aujourd'hui qu'un procédé de nécessité, c'était la manière de faire de Dupuytren, de Grisolle, de Willard Parkers, de Mohamed, qui incisaient l'abcès lorsqu'il venait faire saillie à la peau. Le siège de l'incision était donc extrêmement variable

suivant le point où venait sourdre le pus. On a quelquefois obtenu des guérisons par ce procédé, surtout lorsque l'incision a été suivie d'un lavage de la cavité avec une solution antiseptique ou d'un nettoyage avec des éponges et enfin d'un tamponnement à la gaze iodoformée avec drainage et pansement antiseptique. Mais on voit fréquemment survenir des récidives ou bien des fistules qui ne se tarissent que lentement, exposant les malades à toutes les chances d'infection et aux dangers d'une suppuration prolongée : cachexie, tuberculose, etc.

c. *L'incision en deux temps.* — Cette manière de faire est généralement attribuée à Sonnenburg. Il paraîtrait cependant que Sands, cité par Mac-Burney, aurait fait cette opération avant le chirurgien allemand. Quoi qu'il en soit, le procédé de Sonnenburg consiste à inciser d'abord toute la paroi abdominale au devant de l'abcès, en respectant le péritoine, puis à faire à ce niveau une ponction exploratrice. La présence du pus reconnue, on incise l'abcès en un second temps ou bien on tamponne la plaie et on attend que le pus veuille bien se manifester au dehors. A ce moment on pratique la deuxième incision. L'auteur de cette méthode bizarre prétend ainsi attirer le pus au niveau de la plaie et l'empêcher de se fixer en d'autres points. Il est du reste le seul chirurgien qui mette cette méthode en pratique.

2^o *Opération ayant pour but d'agir sur l'appendice lui-même.* — On peut agir sur l'appendice soit en l'enlevant, soit en suturant ses perforations, soit en le libérant de ses adhérences, soit en le drainant.

1^o *Drainage de l'appendice.* — Ce procédé a été employé par Lawson Tait qui le décrit dans une observation que nous citons à la fin de ce travail. Il consiste à repousser dans le cœcum, à l'aide d'une sonde ou d'un stylet, le corps étranger qui détermine les accidents et à introduire dans la cavité même de l'appendice, une sonde que l'on fait ensuite ressortir

par la plaie cutanée à demi-suturée. Nous ne savons pas si ce procédé a été employé par d'autres que par son auteur, mais il ne nous paraît pas recommandable. Il n'enlève pas la source du mal puisqu'il respecte l'appendice.

2° *Libération des adhérences.* — Employée avec succès par Marcy, la libération des adhérences est aussi un procédé d'exception qui, dans certains cas, donnerait peut-être de bons résultats, au moins momentanés, mais qui nous paraît ne pas garantir suffisamment le malade contre les récidives à venir.

3° *Suture des perforations de l'appendice.* — La suture des perforations de l'appendice a été employée par Sands, par Charters Symonds, etc. Voici comment ont procédé ces opérateurs : ils ont cherché avec soin la perforation et, après l'avoir trouvée, l'ont suturée par une double rangée de suture à la soie, suivant le procédé de Lambert-Czerny, se comportant dans ce fait particulier comme dans toute autre perforation intestinale. Nous reprochons à ce procédé de n'être pas radical et d'être difficile à exécuter. Le chirurgien ne sait pas du tout ce qu'il laisse dans le ventre de son malade.

4° *Ablation de l'appendice.* — C'est l'opération de choix contre l'appendicite. Disons tout d'abord que l'ablation de l'appendice, organe résiduaire, parfaitement inutile, n'entraîne aucun inconvénient pour celui sur qui on la pratique. Jusqu'à présent on n'a pas signalé, à la suite de l'ablation de l'appendice, des accidents comparables à ceux qui suivent l'ablation du corps thyroïde, des annexes utérines, de la rate, etc. Cet organe peut donc être enlevé sans altérer le moins du monde la santé de l'individu.

L'ablation de l'appendice comprend plusieurs temps que les divers auteurs ne pratiquent pas de la même façon :

- a. L'incision cutanée ;
- b. La recherche de l'appendice ;

- c. La libération et la section de l'organe ;
- d. La suture de la plaie ;
- e. Le pansement consécutif ;
- f. Les soins ultérieurs aux opérés.

a. *Incision cutanée.* — L'incision cutanée est pratiquée de différentes façons par les chirurgiens.

On a quelquefois employé la laparotomie médiane, sur la ligne blanche. Richelot a employé ce procédé dans un cas où l'on doutait que l'appendice fût seul en cause. M. Schwartz l'a employé dans un cas où les lésions de l'appendice étaient accompagnées de lésions utérines. Gerster la recommande lorsque l'abcès pérityphlitique répond au type antérieur et est situé près de la ligne médiane. Mais c'est là un procédé d'exception, car il est très difficile d'atteindre l'appendice par une incision médiane et dans plusieurs laparotomies on dut faire une nouvelle incision latérale pour enlever l'appendice lésé. Le seul cas où l'incision médiane soit réellement utile, c'est lorsqu'il y a péritonite généralisée ; on pourra facilement, par ce moyen, faire un lavage complet du péritoine. Lorsqu'il y a un abcès localisé la laparotomie médiane n'est pas sans danger, car en rompant les adhérences on s'expose à infecter tout le péritoine avec le pus de l'abcès et à déterminer une péritonite généralisée. L'incision médiane sera donc réservée aux péritonites généralisées, aux cas douteux, aux abcès voisins de la ligne blanche.

L'incision latérale nous paraît répondre à la grande majorité des cas. Mais ici encore les opérateurs sont d'avis différents.

Sands a recommandé une incision verticale sur le cœcum. Son procédé est généralement décrit sous le nom de procédé de Max Schüller, quoique le travail de Sands soit de 1888 et celui de l'auteur allemand de 1889. Quoi qu'il en soit, Max Schüller recommande son incision verticale, partant d'un point situé à un travers de doigt en dedans du milieu de la ligne qui va de la symphyse pubienne, à l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette incision correspond au bord externe du muscle

droit. On arriverait ainsi directement sur l'appendice. Stimson, Hartley, Mac-Burney, Gerster, Porter, recommandent l'incision de Sands surtout lorsque l'opération a pour but d'enlever un appendice à froid. Roux, de Lausanne, ne pratique cette incision que dans les cas où l'appendice est dévié en haut et en dedans et où le foyer purulent tend à se déplacer vers l'ombilic. Il est certain que par ce procédé on risque d'ouvrir le péritoine encore sain en laissant en dehors le siège de l'abcès.

D'autres auteurs recommandent d'inciser au niveau de la ligne semi-lunaire droite. La ligne semi-lunaire de Spigel correspond au bord externe du muscle droit et particulièrement à la jonction de l'aponévrose du muscle transverse avec le feuillet postérieur de la gaine de ce muscle. Mais Trèves reproche à cette incision de ne pas favoriser l'écoulement du pus. — Il conseille une incision oblique de haut en bas et en dedans, juste en dehors de l'artère épigastrique profonde, finissant un peu au-dessus et au côté externe du milieu du ligament de Poupart et suivant l'inclinaison ordinaire de la ligne d'incision des vaisseaux iliaques.

Roux, de Lausanne, décrit ainsi son procédé. « Notre incision est parallèle au ligament de Poupart, partie égale en dedans et en dehors de l'épine iliaque antérieure et supérieure, dont elle est éloignée de 1 et 1/2 à 2 cent. Nous n'hésitons pas à lui donner une longueur de 15 à 18 cent. » Ricard reproche à cette incision d'être trop longue et de prédisposer aux hernies et il préconise l'incision de Reclus qui commence vers la partie moyenne du ligament de Fallope, à un travers de doigt au-dessus de ce ligament, et parallèle à lui. Arrivé à l'épine iliaque antérieure et supérieure, l'incision doit remonter au-dessus de cette saillie, d'une longueur à peu près égale à celle qu'elle a déjà. C'est l'incision de la ligature des vaisseaux iliaques, remontée un peu en dehors. En somme, l'incision de Reclus diffère peu de celle de Roux, de Lausanne, et de celle de Trèves, c'est l'incision que l'on emploie pour lier les vaisseaux

iliaques prolongée en dehors. C'est cette incision qui nous paraît mériter la préférence.

Ainsi donc, le malade préalablement anesthésié par le chloroforme ou l'éther et l'anesthésie poussée jusqu'à la résolution complète afin d'éviter des mouvements intempestifs, on procédera à l'antisepsie de la région. Celle-ci, préalablement rasée, sera lavée soigneusement avec de l'eau tiède et du savon, puis avec de l'alcool, de l'éther et enfin une solution de sublimé à 1/1000, elle sera entourée de compresses bouillies et imbibées de cette même solution. On pratiquera au bistouri l'incision que nous venons de décrire, couche par couche, en pinçant les vaisseaux qui saignent, et on arrivera enfin au péritoine que l'on sectionnera au niveau du cœcum dans la partie supérieure de la plaie. Dans cette incision, on trouve souvent les tissus œdématisés et contenant même une sérosité purulente.

Il est des cas où l'incision que préconisait Trèves, Roux (de Lausanne), et Reclus ne peut être employée, c'est lorsque l'abcès ou l'appendice présentent des sièges anormaux. Il faudra alors inciser au point où l'on trouvera le pus. Quand celui-ci se présente au niveau du vagin ou du rectum, c'est à ce niveau que devra se faire l'incision; si le pus se présente au niveau du scrotum, si l'appendice enflammé ou non se trouve dans une hernie, c'est encore au niveau du scrotum ou de la hernie qu'il faudra couper. Il ne faudrait cependant pas pousser cette manière de procéder à l'excès et inciser toujours sur l'abcès ou sur la région douloureuse, en agissant ainsi on s'exposerait à de graves ennuis, à se trouver en présence d'anses intestinales accolées au milieu desquelles on ne trouverait l'appendice qu'avec de grandes difficultés.

b. — *Recherche de l'appendice.* — C'est le temps le plus délicat de l'opération. Souvent l'appendice est dévié ou caché au milieu du pus ou des adhérences. Nous croyons qu'un des meilleurs moyens pour trouver l'appendice consiste à chercher les bandes qui divisent le colon et à les suivre jusqu'au cœcum.

On arrivera ainsi sur le bout cœcal de l'appendice où les bandes longitudinales du colon se terminent. Cette recherche de l'appendice doit être faite avec la plus grande prudence de manière à ne pas rompre les adhérences qui agglutinent les anses intestinales et à infecter le péritoine encore sain. On circonscrira la cavité renfermant l'appendice avec des éponges aseptiques montées sur de longues pinces à forcipressure. De cette manière on évitera tout accident. On videra avec soin tous les foyers purulents qu'on rencontrera.

c. — *Libération et section de l'organe.* — L'appendice trouvé, il faut reconnaître dans quel état il se trouve, s'il est perforé ou non. Souvent on le trouve sphacélé au milieu du pus qui le baigne. Puis il faut le libérer de ses adhérences. Cette dernière libération n'est pas toujours facile, car parfois l'appendice est noyé dans du tissu fibreux dans lequel il faut le sculpter. Quand on le peut, il faut couper les adhérences en les pinçant préalablement entre deux pinces à forcipressure, avec des ciseaux, en ayant soin d'aller de l'extrémité libre à la portion cœcale de l'appendice. Parfois, ce temps de l'opération s'accompagne souvent d'hémorragies que la compression avec des éponges montées suffit à arrêter. D'autres fois, le tissu fibreux qui entoure l'appendice est tellement dense que son ablation devient impossible, ou bien l'appendice présente une position anormale, il ne faut pas alors s'acharner à enlever l'organe, il est préférable de le laisser en place. Mais une telle opération incomplète expose le malade à des rechutes.

Libéré de ses adhérences, l'appendice est moins attaché à la paroi abdominale par son méso, qui sera sectionné en même temps que l'appendice. Cette section est pratiquée de façons différentes par les opérateurs. Beaucoup d'entre eux et entre autres Mac-Burney, coupent l'appendice d'un coup de ciseaux entre deux ligatures au catgut, ou bien après une simple ligature au catgut où à la soie, en plaçant une ligature sur le méso. D'autres font cette section au thermocautère. Enfin

Trèves recommande de couper l'appendice d'un coup de ciseaux et d'en obturer l'orifice par un double plan de sutures à la soie suivant le procédé Lembert-Czerny. Morton sectionne l'appendice presque au ras du cœcum et à l'aide d'une pince à forcipressure fait rentrer dans le cœcum la muqueuse et la musculuse de l'appendice, puis il fait ensuite une suture séreuse. Quénu consolide sa double suture en comprenant de l'épiploon dans son second plan et dissèque une manchette péritonéale sur l'appendice, manchette qu'il suture ensuite.

Nous croyons que l'appendice doit être sectionné le plus près possible du cœcum et que l'on peut avoir indifféremment recours à l'un des procédés que nous venons de signaler. Il nous paraît cependant préférable de sectionner l'appendice entre deux ligatures afin d'éviter l'issue des matières fécales surtout lorsqu'on opère une appendicite à froid. La ligature cœcale pourra être seulement provisoire ou définitive au gré de l'opérateur. On fera ensuite la dissection d'une manchette péritonéale que l'on rabattra sur la couche musculuse préalablement suturée avec de la soie fine et on la suturera à son tour à l'aide de quelques points séparés. Cependant il faut reconnaître que dans bien des cas l'appendice friable ne se prête pas à ses manipulations et il est bien préférable de le lier simplement. On touchera sa surface avec de l'eau phéniquée forte ou avec le couteau du thermocautère et on saupoudrera d'iodoforme la surface du moignon.

Il faut aussi examiner avec soin le cœcum et les intestins voisins qui peuvent être perforés soit avant soit pendant l'opération et les suturer par le procédé de Lembert-Czerny.

a. *Toilette, suture de la plaie, pansement.* — Au moment où l'opération est terminée, il ne reste plus qu'à nettoyer soigneusement la cavité périappendiculaire avec des éponges, à enlever soigneusement tout le pus, les débris sphacelés, les matières fécales qui ont pu la souiller dans le cours de l'opération. Nous croyons que dans la grande majorité des cas la toilette avec des

éponges ou des compresses aseptiques suffit largement et qu'il est inutile de faire des lavages avec de l'eau bouillie et des solutions antiseptiques. Ces lavages trouvent surtout leurs indications lorsqu'il y a péritonite généralisée : ils sont alors indispensables et se font par une incision au niveau de la ligne blanche. On a employé : de l'eau bouillie, du sublimé à des titres variables depuis 1 gr. jusqu'à 25 centigr. pour 1000, de l'eau boricuée, des solutions de créoline, etc. Nous croyons que le meilleur liquide c'est une solution de sel marin qui ne détruit pas le revêtement péritonéal. Il faut bien entendu que cette solution soit bouillie : on en fait passer 4 à 5 litres, jusqu'à ce que le liquide qui s'écoule n'entraîne plus à sa suite de détritits fibrineux et qu'il sorte absolument limpide. On fera bien de faire suivre ce lavage d'un nettoyage du péritoine avec des éponges qui sépareront doucement les anses intestinales et rompront les adhérences récentes que l'eau n'aura pu détruire. Dans une opération à froid, tout lavage est contre-indiqué.

S'il y a suppuration, on fera bien de bourrer les cavités laissées par le pus avec des mèches de gaze iodoformée stérilisées, au milieu desquelles on placera des drains en caoutchouc qui assureront le libre écoulement du pus. Si l'on a opéré à froid et si l'on n'a pas trouvé de pus, il est bien inutile de mettre des drains. Pour plus de sûreté, on pourra, dans ces cas, placer un fil sur le moignon et l'on fera sortir les deux chefs de ce fil par la plaie, comme l'a fait M. Schwartz. De la sorte, on trouvera facilement le moignon si des accidents surviennent ensuite.

On terminera en suturant la plaie abdominale en laissant passer les drains s'il y en a. Si l'on a opéré à froid sans rencontrer de pus, il faut suturer complètement la plaie. On peut la suturer soit par un seul plan de suture à la soie ou au crin de Florence comprenant toutes les couches, soit par deux ou trois plans de suture à la soie ou au catgut. Dans ce dernier cas, on peut faire un premier plan de suture à points

séparés ou en surjet comprenant le péritoine, un second plan comprenant les aponévroses et les muscles, et enfin, un dernier plan à la soie ou au crin de Florence, en points séparés, sur la peau. On obtient ainsi une cicatrice très solide.

Le pansement comprendra une couche de gaze iodoformée ou salolée, une couche de coton hydrophile stérilisé, une couche d'ouate ordinaire et une bande solidement ajustée formant un spica autour de la région inguinale.

e. *Soins consécutifs.* — Une opération bien faite ne suffit pas pour assurer la guérison du malade, celle-ci dépend beaucoup des soins qui suivront.

L'opéré devra garder pendant plusieurs jours l'immobilité absolue, on lui fera des injections hypodermiques de morphine, diète complète pendant 48 heures; un peu seulement de champagne frappé, puis on lui donne du lait, des œufs, etc. Vers le 8^e ou le 10^e jour, on renouvellera le pansement et on enlèvera les points de suture. S'il y a constipation, on prescrira un purgatif salin.

Le malade gardera le repos au lit pendant un mois, après quoi il se lèvera, portant une ceinture abdominale.

Voici quels sont les résultats du traitement chirurgical dans les 100 cas d'appendicites opérées qui nous ont servi pour établir cette thèse :

1^o 9 fois il s'agissait d'appendicites au début, opérées de la 14^e à la 56^e heure après le début : 8 guérisons complètes, 1 guérison incomplète suivie de fistule.

2^o 27 fois il s'agissait d'appendicites à rechutes :

13 malades ont été opérés à froid. — 13 guérisons sans complications.

14 malades ont été opérés pendant une poussée aiguë : 9 guérisons, 2 guérisons avec fistule ; 3 morts par péritonite généralisée.

3° 33 fois, c'étaient des abcès localisés : 28 guérisons, 5 morts.

4° 31 fois, on avait affaire à une péritonite généralisée : 10 guérisons, 21 morts.

Au total, la mortalité a été de 29 %.

Les diverses opérations pratiquées ont été :

1° L'incision simple, médiane ou latérale, 30 fois avec 13 succès, 16 morts, 1 fistule.

2° La suture des perforations de l'appendice, 3 fois avec 3 morts.

3° Le drainage de l'appendice, une fois avec un succès.

4° L'ablation de l'appendice, 66 fois avec 51 succès, 13 morts, 2 fistules.

Si l'on s'en rapporte donc à la statistique, l'ablation de l'appendice est l'opération qui donne les meilleurs résultats.

CONCLUSIONS

1° La pénétration de corps étrangers dans l'appendice iléo-cœcal est une cause fréquente d'appendicites.

2° Les corps étrangers le plus fréquemment rencontrés dans l'appendice, sont des calculs stercoraux.

3° Les appendicites par corps étrangers guérissent spontanément dans environ la moitié des cas. Ce sont les appendicites simples ou pariétales.

4° Les appendicites avec abcès localisé, avec péritonite généralisée, avec rechutes fréquentes, ne guérissent pas spontanément, surtout les deux premières formes.

5° L'intervention chirurgicale doit être réservée : aux abcès localisés, aux péritonites généralisées, et aux appendicites à rechutes fréquentes.

6° L'ablation de l'appendice est la seule opération qui assure au malade la sécurité pour l'avenir.

7° L'ablation de l'appendice, dans l'appendicite à rechutes, doit être, autant que possible, pratiquée à froid.

APPENDICITES A RECHUTES

Obs. 1. Inédite. — Due à l'obligeance de M. Schwartz, professeur agrégé à la Faculté.

F. D., Marie, 41 ans, journalière. Entrée le 26 Juillet 1892, dans le service de M. Schwartz.

Antécédents héréditaires. — Père mort à l'âge de 65 ans, a été d'une faible santé. Mère vivante bien portante. Frère mort de tuberculose. Sœur a eu deux fois des vomissements de sang.

Antécédents personnels. — Ne se rappelle pas avoir fait, pendant son enfance, d'autres maladies qu'une fièvre typhoïde à 11 ans.

Réglée à 13 ans, très régulièrement.

Un enfant à 22 ans. Couches très difficiles ; application de forceps ; péritonite consécutive durant 2 mois.

Deuxième grossesse à 26 ans ; couches faciles.

La malade est en général d'une très faible santé ; elle tousse de temps en temps et à un moment donné (à 30 ans) elle a craché le sang, sans que le médecin ait pu trouver une lésion quelconque.

La maladie actuelle a débuté il y a 18 ans, à la suite de son premier accouchement. A peine remise de ses couches et des complications qui les suivirent, elle fut prise de douleurs vives dans le côté droit, douleurs qui irradiaient dans les cuisses et les reins. Ces douleurs survenaient par crises à la suite de fatigues et trois ou quatre heures après le repas ; elles étaient d'abord peu fréquentes. En même temps elle sentait, lorsqu'elle était couchée, dans la fosse iliaque droite, une grosseur qui roulait sous le doigt et qu'elle suivait jusqu'à l'ombilic. Souvent cette grosseur disparaissait complètement. Aucun trouble ni du côté des organes génitaux ni du côté de la vessie. La digestion se faisait péniblement.

Au mois de septembre 1891, elle eut une entérite aiguë et à partir de cette époque les crises augmentèrent comme fréquence et comme intensité. Elle commença à maigrir ; elle pesait 148 livres.

Au mois d'avril 1892, nouvelle crise très aiguë; elle reste couchée pendant trois semaines : poids 126 livres.

Au mois de juillet, encore une crise très aiguë; elle reste trois semaines au lit : poids 112 livres. Son médecin l'engage à subir une opération et elle entre à Cochin le 26 juillet 1892.

Le 27 juillet, l'examen du ventre à l'inspection ne présente rien de particulier. A la palpation on trouve à droite, dans la région iliaque, au niveau du cœcum, un cordon arrondi situé profondément, roulant sous le doigt et semblant répondre à l'appendice dilaté. Le palper est très douloureux.

Du côté des organes génitaux, on trouve l'utérus très gros complètement immobilisé, en rétroversion. Pas de métrorrhagies, mais pertes abondantes qui, dernièrement, sont devenues purulentes et d'une odeur fétide.

Douleur dans les régions ovariennes à droite et à gauche. Urines normales.

Le 29 juillet. La malade étant chloroformée, M. Schwartz pratique la laparotomie sur la ligne médiane. Les lésions des organes génitaux qui accompagnent celles de l'appendice l'ont déterminé, dans le cas actuel, à préférer l'incision médiane à l'incision latérale. Le cœcum est entouré d'une bride épiploïque qui est sectionnée entre deux pinces et qui aurait pu donner lieu au moment du passage des matières aux phénomènes douloureux et qui aurait pu produire la tumeur perçue à la palpation.

L'appendice présente la forme en massue et on y trouve un corps étranger. On fait une ligature en draine au niveau de sa naissance, on dissèque une manchette péritonéale et on sectionne l'appendice. Cautérisation de la muqueuse au thermocautère : deux plans de suture séro-séreux à la soie fine.

En explorant les organes génitaux, on sent l'utérus en rétroversion; il est enclavé dans le cul de sac de Douglas, mais pas d'adhérences. On constate la présence d'un petit corps fibreux dans l'angle droit. On redresse complètement l'utérus qui vient s'appliquer contre la symphyse. Les annexes sont saines.

Toilette du péritoine. Sutures profondes et superficielles de la paroi. Pansement à la gaze iodoformée. Vessies de glace sur le ventre.

L'examen de l'appendice y révèle la présence d'un pépin de raisin entouré de matières fécales.

30 Juillet. La malade est affaiblie : vomissements bilieux.

1^{er} Août. La malade va bien.

10 Août. La malade va très bien.

16 Août. État fébrile. La malade souffre. Point pleurétique.

17 Août. T. 39° le soir. Les jours suivants les phénomènes fébriles vont en diminuant.

1^{er} Octobre 1892. La malade part pour le Vésinet.

Enfin, au mois de novembre, M. Schwartz revoit la malade, qui se déclare guérie: elle n'a plus de crise.

Observ. 2, inédite, due à l'obligeance de M. Routier. — Pérityphlite suppurée. Ouverture. Guérison. A. B., 22 ans. Bonne santé habituelle; le 2 mai 1892, brusquement, une douleur au flanc droit, région cœcale. Le Dr Ledoux-Lebard donne un purgatif qui est vomé.

Le 5 mai. Aspect péritonitique, ventre ballonné, très météorisé, douleur vive à la région cœcale, pas de selles, pas de gaz, pas d'urine. Palpation nulle, opium, glace.

Jusqu'au 9 mai, les symptômes s'apaisent, sauf la douleur, le pouls d'abord rapide s'est calmé, la température monte et descend 38°₆; 37°₂.

Le 9. Purgation à l'huile de ricin, garde-robes liquides avec gaz.

Le 12. Nouvelle purgation, il n'y a plus eu de vomissements mais il y a toujours de la douleur.

Le 15. La purgation huileuse a fait son effet, mais la température est remontée à 39°₄; toutes les fois qu'il dort, sa langue est sèche, douleur vive. Il y a du pus. M. Routier se prépare à opérer.

Le 16. Anesthésie. Le seul signe appréciable c'est qu'on ne peut pas pénétrer dans la fosse iliaque au dessus de la crête. Rien au ligament de Poupart, peut-être fluctuation au dessus de la crête iliaque.

Espérant utiliser mon incision pour réséquer l'appendice, je la place au niveau de la crête iliaque; j'arrive sur le péritoine, au coin vers l'épine, point dur comme un ganglion. J'ouvre le péritoine, je recule l'intestin, et j'ouvre l'abcès qui donne 1/2 litre de pus fécal. Seconde incision de dégorgement au dessus de la crête iliaque, lavage boricué. Mèche iodoformée pour protéger l'intestin dans l'incision de l'aine. Deux gros drains en arrière. Pansement à la gaze iodoformée et au coton. (Dr du Bosia, Ledoux-Lebard, Bouffe.)

Le soir tout est traversé par de la sérosité. Le malade n'a pas vomé, langue un peu sèche, pouls bon. T. 38°₅.

17. N'a pas dormi, n'a pas souffert. P. 88; t. 37°. La sérosité a encore traversé, les deux drains ont donné un peu de pus aussi infect qu'hier, la plaie antérieure est sèche.

20. Pansement quotidien très sali par la sérosité; il passe des gaz par les tubes, la plaie inguinale nette ne donne rien, 37°, 2. 64 puls.

28. Ce matin un peu de ballonnement, purgation.

29. La nuit a été très mauvaise; vomissements, syncopes, enfin, à 4 heures du matin, selle abondante, langue sèche, 37°, 6. 90 puls.

30. Mieux très réel. Suppuration toujours abondante.

11 Juin. Marche. Sort dans la cour.

15 Juin. Rentre chez lui.

1^{er} Juillet. Tout à fait guéri. Souffre beaucoup par moments dans l'aîne gauche, il est cryptorchide de ce côté et rien ne descend dans les bourses.

5 Septembre. Pris à 5 heures du soir d'une douleur vive à droite, à mi-chemin de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure. M. Ledoux-Lebard lui ordonne un lavement purgatif le soir et le lendemain matin 6 capsules d'huile de ricin qu'il vomit.

6. 7. 8. Même état, pouls 130-112. T. 38, douleur vive et matité, pas de gaz, glace, diète.

11. Ouverture spontanée d'un gros abcès par l'ancienne cicatrice au dessus de la crête.

12. J'ouvre la cicatrice inguinale proéminente, il sort un 1/2 verre de pus infect. Pas de fièvre.

Après l'ouverture du foyer cœcal le 16 mai 1892 et la nouvelle récidence du 5 septembre, nous décidons de lui réséquer l'appendice.

Son testicule gauche en ectopie inguinale est le siège de crises très douloureuses, nous convenons ou de le faire descendre ou de l'enlever.

18 Octobre. Anesthésie par de Bosia, très difficile, tousse beaucoup et on atteint avec peine la résolution.

Incision tout-à-fait latérale. Terrier entre pendant l'opération et me dit : aussi externe que possible. Ouverture du péritoine, issue imminente de l'épiploon et des intestins; recherche de l'appendice qui est enroulé contre le cœcum, très difficile à en séparer; ligatures sur le méso, ligature de l'appendice et sutures de la séreuse. Suture de la paroi à la soie.

Incision sur le trajet inguinal gauche; on ne sent pas le testicule; ouverture de l'anneau puis de la séreuse vaginale dans laquelle

on trouve le cordon; rien du côté des bourses, le testicule est très haut dans le ventre, je l'amène, mais ne puis le faire descendre au dessous de l'anneau; ligature, section, sutures à la soie, pansement à l'iodoforme.

19. 20. 21. Va parfaitement, a vomi une fois, rend des gaz, ne sent de douleur que du côté de la castration. Prendra une purgation à l'eau de Janos ce matin.

24. Pansement, ablation des points de suture, état parfait.

29. Pansement collodionné. Va parfaitement.

30. Se lève et ne se trouve pas mal.

L'appendice contenait une boulette stercorale et était sur le point d'être perforé.

5 Avril 1893. Le malade va très bien, il a repris ses occupations.

Observ. 3. — Goldschmith. Revue de Médecine, 1886.

H., 20 ans. Plusieurs poussées de typhlite, récidive en 1881. Application de glace sur la tumeur. Amélioration rapide. Expulsion par les fèces, d'une concretion fécale en forme de bâtonnet, que l'auteur pense provenir de l'appendice. Guérison.

Observ. 4. M. Schwartz. Bulletin de la Soc. de Chir., p. 228. 1891.

Jeune homme 18 ans, atteint depuis 14 mois d'accidents douloureux dans la fosse iliaque droite, en poussées survenant tous les mois, chaque fois qu'il voulait se remettre à son travail. Une nouvelle et dernière poussée consistait en douleurs excessivement violentes sous forme de coliques très vives, constipation, nausées. Lorsque je vis ce malade pour la première fois, au mois de février, il était dans une période de calme. L'examen nous fit constater nettement dans la fosse iliaque droite et transversalement couchée une tumeur allongée, grosse comme le petit doigt, très douloureuse à la palpation, surtout en dehors et plus dure en un point. Je diagnostiquai une appendicite à répétitions avec corps étranger probable et dilatation de l'appendice.

Le jeune malade me demandait absolument d'intervenir. C'est ce que j'ai fait hier (17 mars). Laparatomie par une incision commençant au-dessus de la crête iliaque et suivant jusqu'au milieu de l'arcade crurale à un travers de doigt au dessus d'elle. J'arrivai rapidement sur le cœcum, puis sur la tumeur qui se continuait avec lui et n'était autre que l'appendice iléo-cœcal épaissi, adhérent par toute son extrémité à la fosse iliaque, tandis que la partie cœcale était libre dans la cavité péritonéale. Il nous fut facile de sentir

dans l'extrémité de l'appendice un point dur, mobile : c'était nettement un corps étranger. Détachement des adhérences et libération complète de l'appendice. Suture de Lembert sur le petit moignon désinfecté avec de l'eau phéniquée forte, avec de la soie. Il est fixé par un fil en anse et amené au dehors contre la paroi abdominale, pour que, si une infection quelconque se produisait à ce niveau, l'on pût immédiatement retirer le corps du délit. Sutures de la paroi en étages, au catgut, péritoine, muscles, aponévrose. Sutures de la peau au crin de Florence. Pas de drainage.

Appendice en masses, long de 6 à 7 cent., à parois épaissies, présentant dans son extrémité un corps étranger très dur, allongé, ressemblant à un pépin d'orange et qui n'est probablement qu'un calcul fécal.

Le malade est sorti parfaitement guéri et se porte bien.

Observat. 5. Inédite. Due à la complaisance de M. le Professeur Roux, de Lausanne.

C. C., 22 ans, employé de la douane, ayant eu cinq crises types d'appendicite depuis le mois d'avril 1892. Guéri le 28 février 1893. Appendice habité, perforé : il y avait un petit abcès autour de son extrémité. En voie de guérison, pas de fièvre, mange, boit, etc.

Observat. 6. — M. Routier. Bull. Soc. Chir., p. 462, 1891.

Fillette 12 ans, ayant déjà eu 4 attaques d'appendicite et n'allant jamais à la selle sans éprouver dans le ventre une violente douleur amenant un état syncopal. Opération 12 jours après la dernière attaque, à froid. Appendice lié au catgut, sectionné ; cautérisation du moignon au thermocautère : il est long de 12 cent. replié sur lui-même. Il se dirigeait en dedans en arrière et en haut pour s'insérer par un méso épaissi par des néo-membranes à la terminaison de l'intestin grêle, de telle sorte que toutes les fois que son insertion cœcale était déplacée, soit par la distension de l'intestin, soit par un mouvement intestinal, cet appendice devait produire une coudure de l'intestin grêle et par là s'expliqueraient les douleurs violentes. En outre calcul fécal dans l'appendice et gros caillot noir.

Il y a 8 jours, la malade va très bien.

Observ. 7. — Nélaton. Soc. de Chir., p. 166, 1892.

H., 34 ans, ayant eu il y a 12 ans une appendicite suppurée ouverte tardivement par une double incision antérieure. Puis le

malade garde pendant 10 ans une fluxion permanente de la cuisse sur le bassin. De janvier 1890 à mai 1891, nouvelles crises avec chaque fois, ouvertures d'abcès; 6^e crise en novembre 1891. Nouvel abcès, drain à demeure. Le pus de l'abcès renfermait un noyau de matière fécale dure du volume d'un noyau de cerise. Depuis ce jour, le malade va bien, mais garde un drain en permanence.

Obs. 8. — Jalaguier, Soc. de Chir. p. 349, 1892.

J.-H., 14 ans. — Pris au mois d'avril d'une première crise d'appendicite, depuis crises tous les 7 ou 15 jours, avec repos au lit pendant 3 ou 4 jours. Nouvelle crise le 7 mars, douleur et plaque indurée à droite. Le 17 mars, mieux notable, pus dans les selles.

28 avril. — Opération pendant une période de calme. — Incisions de 8^{cm} le long du bord externe du muscle droit; on résèque l'épiploon adhérent au cœcum, on coupe entre deux ligatures une bride fibreuse unissant le cœcum à la fosse iliaque, on attire le cœcum au dehors. Appendice recourbé de bas en haut, son extrémité libre terminée en massue, très adhérente au cœcum, était creusée d'une cavité renfermant un calcul stercoral et des fongosités et communiquant avec la cavité cœcale. Cet orifice avivé à la curette fut fermé par 2 plans de suture. Ligature et incision de l'appendice, suture du moignon à la soie. Fermeture de la paroi par une suture en étages. Guérison complète.

Obs. 9. — Id., Eod. loc., p. 382, 1892.

Enfant 10 ans, ayant eu deux légères attaques d'appendicite, l'une en octobre 1891 et l'autre en février 1892, pris d'accidents graves le 21 mars. Le 25 mars, vomissements incessants, ventre uniformément ballonné et très douloureux surtout à droite; faciès grippé, p. 120, T. 38°,5. Diagnostic: péritonite généralisée.

Intervention immédiate: Laparotomie médiane, intestin baignant dans le pus, fausses membranes. Foyer purulent, plus considérable, au-dessous du cœcum avec boulette fécale. Pas de résection de l'appendice. Lavage de la cavité abdominale avec de l'eau boricuée chaude: drainage avec tubes de caoutchouc et gaze salolée. Pansement au salol.

L'enfant sort guéri le 14 mai.

Dans le pus : *bacterium coli*, staphylocoques, bacillus subtilis, bacille lactique.

Obs. 10. — Quénu. Soc. de chir., p. 400, 1892.

H., 28 ans, attaques d'appendicite en mai 1889, en juillet 1891, en mars 1892, où il entre dans le service de M. Gouraud, d'où il passe chez M. Quénu. Ventre souple dans la fosse iliaque droite où l'on sent une induration très-douloureuse au toucher.

Opération à froid le 5 mai. Incision sur le bord externe du muscle droit : appendice volumineux, coudé, adhérent à la face antéro-externe du cœcum. Décollement des adhérences difficile ; entre le cœcum et l'appendice petit foyer avec perforation de l'appendice et ulcération du cœcum à ce niveau ; mais la muqueuse cœcale a résisté.

Suture de l'ulcération cœcale ; résection de l'appendice en taillant une manchette péritonéale, puis suture de Limbert. Suture en étage de la paroi abdominale.

Malade sorti guéri le 30 mai.

Appendice renfermant un calcul fécal à son extrémité inférieure et perforé au-dessus de la perforation. A l'examen bactériologique, *bacterium coli* commune.

Obs. 11. — Reclus. Soc. de chir., p. 439, 1891.

H., 29 ans. M. Reclus trouve en l'opérant d'une hernie inguinale droite un appendice épais, dur, rigide, long de plus de 6 cent. et contenant dans sa cavité deux concrétions stercorales de forme olivaire. Il résèque l'appendice et suture le moignon. Guérison opératoire et thérapeutique, car les crises douloureuses qu'avait la découverte de l'appendicite, M. Reclus attribuait, à tort, croit-il, à la hernie, ont complètement disparu.

Obs. 12. — Charters Symonds. Soc. clinique de Londres, 13 février 1891.

H., 23 ans, qui avait eu six attaques aiguës d'appendicite en six semaines. Lors d'une septième attaque, on pratiqua une incision et on enleva une concrétion contenue dans l'appendice ; depuis lors le malade n'a plus eu d'attaques. En général on peut se dispenser d'enlever l'appendice, d'après l'auteur.

Obs. 13. — Roux, de Lausanne. Extrait de la Rev. médic. de la Suisse rom., obs. n° XLIX.

F., 23 ans. Attaque d'appendicite en septembre 1888 ; elle guérit, mais il lui reste des digestions pénibles, des vomissements, du ballonnement, des douleurs. En avril 1889, nouvelle attaque, puis nouveaux accès jusqu'en janvier 1891.

Le 15 janvier. — Abdomen ballonné, souple, mou, partout tympanique, indolore. Pas de tumeur ni de résistance. Gargouillements généralisés. Diagnostic : ancienne pérityphlite, adhérence péritonéale.

Opération à froid le 15 janvier. — Anesthésie. Incision ordinaire mais un peu plus près de la ligne médiane. Adhérences au niveau de la valvule iléo-cœcale coudant le premier tiers du colon et formées par l'épiploon épaissi. Appendice long, adhérent, amputé en son milieu et nourri par deux artères volumineuses, cheminant en sens contraire, l'une venant du cœcum et l'autre du voisinage de Poupart. Au niveau du foyer de perforation, noyau calcifié blanc, comme une coquille d'œuf, que M. Roux croit être le résidu d'un abcès résorbé. Résection de l'appendice.

Guérison idéale, sans accroc, le 4 février. Sangle de Glénard.

Obs. 14. — Id. Eod. loc., n° LIII.

H., 19 ans. — En octobre 1888, crise de pérityphlite, avec douleur en « coup de fusil » ayant duré trois mois. Attaques en 1889 et en 1890 : le froid, la pluie, les excès alimentaires en sont l'occasion.

Infiltration cœcale avec cordon dur et douloureux dans le petit bassin.

Opération à froid le 17 mars 1891. Incision oblique de 8 cm. un peu en-dedans ; adhérences cœcales en toile d'araignée. Appendice adhérent au petit bassin et couché à droite du rectum. Dégagement des adhérences, suture de l'appendice après résection : hémorrhagie au moment de la rupture des adhérences rectales. L'appendice renfermait deux calculs fécaux à couches calcaires périphériques et un mucus épais, d'odeur stercorale. Suture de la paroi abdominale, drainage.

Guérison sans autre complication que l'issue d'un liquide noirâtre par la plaie.

Observ. 15. — Hartley. N. York med. Journ. T. 51, p. 223, 1890.

Cas d'appendicite à rechutes ayant duré 7 ans, sans qu'il y ait jamais eu de symptômes d'abcès. Un mois avant l'opération, le patient eut en un mois trois attaques. A la percussion on trouvait

de la matité due à des adhérences fibreuses. Appendice derrière le cœcum, il était pyriforme et présentait un rétrécissement à son bout cœcal. Il renfermait des calculs et du liquide. Il fut enlevé suivant les règles ordinaires et depuis le patient guérit et n'eut plus jamais d'attaques.

Observ. 16. — Id. N. York med. Journ., T. 49, p. 133, 1889.

H., 25 ans, pris au mois d'avril 1888, d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite, diarrhée légère, guérit en 6 semaines. En juillet, nouvelle attaque, guérison en 5 semaines. Le 29 août, douleur abdominale généralisée, tympanisme, douleur dans la fosse iliaque droite, vomissements. T. 103° P. 100 à 115. Constipation résistant aux lavements.

Laparotomie le 2 septembre: incision de Sands. Appendice vermiciforme et intestins voisins recouverts de fibrine: le processus est augmenté de volume, pyriforme, non perforé, renfermant 2 calculs stercoreux. Il est lié à la soie près du cœcum et excisé. Drainage à la gaze iodoformée, suture incomplète de la paroi abdominale.

Guérison sans complication en 5 semaines.

Observ. 17. — Lewis. A. Stimson. New-York med. J., p. 694, T. 50, 1889.

H. 36 ans. Ayant eu déjà 2 attaques datant l'une de 2 ans, l'autre de 14 mois, est pris, le 25 octobre 1889, d'une grande douleur dans la fosse iliaque droite, sans tumeur. Le 3^e jour, les symptômes sont moins accusés: opération, on trouve plus difficilement l'appendice adhérent au mésentère. On le détacha des adhérences, on le lia à sa base avec du catgut et on l'excisa. Il renfermait 2 ou 3 concrétions fécales. Pas de pus.

Observ. 18. — Mac-Burney. New-York med. Rec., 16 avril 1892, p. 426.

H., 56 ans, pris il y a 1 an de constipation opiniâtre sans fièvre. Dans la région lombaire droite, au niveau du colon, petite tumeur, un peu mobile, très douloureuse, qui disparut avec des purgatifs. On avait cru d'abord à un cancer de l'intestin. Depuis ce temps douleur au même point et constipation. Le 4 décembre 1892, douleur plus vive bientôt localisée au niveau de l'appendice. T. 102°, 5. Pouls petit. Malade pâle, en état de shock.

Le lendemain, opération. Incision lombaire. Appendice facilement trouvé en dehors du colon, se dirigeant vers le rein, occupant

exactement la place de la tumeur trouvée il a 8 mois. Il était long de 3 pouces, épaissi, enflammé, entouré de pus qui n'avait pas de paroi : Appendice perforé en son milieu, au niveau d'un calcul fécal, il fut enlevé et cautérisé. Nettoyage avec des éponges. Drainage avec gaze iodoformée. Guérison en 32 jours sans incidents.

Observ. 19. Boston med. and. Surg. Journ., p. 99, 1890, n° VII.

H., 30 ans, ayant eu 3 attaques d'appendicite, pris tout à coup d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite. T. 98° à 102. P. 110.

Opération 36 heures après le début par Dr Wood. Incision de 2 pouces 1/2 sur le bord externe du cæcum et du colon. Il était probablement perforé; petit calcul stercoral près de lui : On ne l'enlève pas. Drainage, sutures incomplètes de la paroi abdominale.

Le malade sort le 25^e jour avec une petite fistule.

Observ. 20. — Clarke et Greig Smith. Medic. News, 24 mai 1890.

F., 22 ans. 1^{re} attaque très grave, douleurs abdominales non localisées, nausées, diarrhée, maux de tête. Pâleur, yeux cernés, genoux repliés, tympanisme. Pas de tumeur. Guérison incomplète après longue convalescence. Cinq mois après, 2^{me} attaque, mais avec douleur bien localisée à droite.

Opération à froid pendant la convalescence. Incision de 2 pouces de long, à un pouce en dedans de l'cp. il. ant. sup. Opération difficile. Ablation de l'appendice épaissi, en érection. Péritoine rejeté sur la muqueuse par une suture à la soie. Appendice contenant un liquide noir, grumeleux et trois pépins d'orange recouverts de matières fécales et de mucus. Muqueuse épaissie, très vasculaire.

Soulagement immédiat. Guérison 5 mois après, plus d'attaques.

Observ. 21 — Norman Bridge Med. News, 24 Mars 1890.

F. ayant depuis l'enfance une légère douleur dans la fosse iliaque droite et dans la cuisse droite, s'aggravant par l'exercice, avait eu, quelques mois auparavant, ce qu'on crut une attaque de dysenterie avec douleur à droite, fièvre. Elle guérit, reprit une vie active et quelques semaines après, douleurs abdominales, vomissements, constipation. Abdomen douloureux depuis le Poupart jusqu'aux côtes, pas de tuméfaction appréciable. T. 100 à 101. Cuisses fléchies.

Laparotomie par Perkes. Appendice volumineux, dur, tendu en érection, congestionné : parois épaissies à l'intérieur, 3 entérolithes et du mucus épais. Guérison, plus d'accidents.

Observ. 22. — Mac. Berney, N. York med. Rec., p. 421, 16 avril 1892
F., 23 ans, ayant eu depuis 4 ans plusieurs attaques de violentes douleurs abdominales. En février 1891, appendicite bien nette. En octobre 1891, douleur à droite. Le 14 décembre 1891, nouvelle crise, douleur surtout vers la ligne médiane, localisée à droite le 17, petite tumeur très douloureuse longue d'un pouce 1/2 à 2 pouces de l'épine il. ant. sup. près du quart externe du Poupart. Diagnostic : Appendicite perforante avec suppuration.

Opération le 3^e jour : Incision sur l'axe de la tumeur. Appendice facilement trouvé, à demi gangréné, perforé en son milieu, contenant une concrétion fécale, grosse comme un noyau de cerise, et baigné dans un abcès renfermé dans une paroi. Ligature de l'appendice, extirpation, cautérisation au thermo du moignon, pansement de la cavité, à la gaze iodoformée : Guérison 30 jours après l'opération.

Obs. 23. — Lawson Tait. Brit. med. J., p. 753, T. 2, 1889.

H..., 27 ans, ayant eu des attaques de pérityphlite depuis Noël dernier, les dernières plus sévères. Vu au mois d'août 1889 par Lawson Tait. A chaque attaque apparaissait la tumeur ovi-forme augmentant pendant l'attaque, diminuant pendant la période de calme. Au mois d'août, cette tumeur était bien marquée, mais diminuée. Diagnostic : pérityphlite suppurée.

Le 20 août. Opération à froid. On ouvre d'abord un abcès situé au bord externe du cœcum. Au fond est l'appendice triplé de volume et très dur. Incision de l'appendice à un demi pouce de son extrémité libre, issue d'un peu de pus. Avec une sonde en celluloid on repousse dans le cœcum un corps étranger obstruant l'appendice, et on laisse la sonde en place. Suture de la plaie cutanée, laissant passer la sonde et le drain. On enlève la sonde le 12 août, le drain le 26. Guérison sans incident.

Obs. 24. — Thomas Morton. Journ. of Amer. med. Assoc. 16 Juin 1888, p. 735.

H., 26 ans ; douleurs abdominales en coups de poignard, plus vives au niveau de la partie inférieure de l'abdomen et de l'ombilic ; ténesme rectal et vésical, le tout depuis 3 ans, avec intermittences.

Le 20 avril 1887, nouvelle attaque. Malade hagard, blême, constipé ; langue sale. Douleur abdominale vive. Urine très albumineuse avec cylindres. Traitement médical. Son état empire,

T. 103° ; douleurs vives, nausées, vomissements, empatement à droite.

5 jours après, péritonite généralisée. Incision latérale sur le siège de l'induration. On tombe sur un abcès, puis sur le cœcum et sur l'appendice. Près de ce dernier, calcul phosphatique. L'appendice, très augmenté de volume, perforé à son attache cœcale, fut lié et excisé. L'abcès d'abord circonscrit s'était ouvert dans le péritoine général qui fut lavé. Suture incomplète de la plaie. Guérison.

Obs. 25. — Id. Eod. loc. — Fillette 9 ans, ayant eu mal au dos et souvent des attaques de douleurs abdominales. A Noël elle eut de vives coliques.

Le 6 janvier, nouvelle attaque. Le 12, nouvelle attaque, douleur excruciante. Le 26, collapsus : diagnostic péritonite généralisée, perforation de l'appendice.

Opération : incision latérale ; flot de pus fétide ; cœcum et appendice recouverts par des fausses membranes. Appendice gangrené et perforé à son extrémité libre : deux corps étrangers dans l'appendice, un dans l'abcès. Lavage du péritoine qui était enflammé. Ligature et excision de l'appendice. Drain et suture incomplète.

Mort 7 heures après l'opération.

Obs. 26. — Lamothe-Ramsay : Journ. of Amer. med. Assoc., 345, 1890.

H., 27 ans, ayant depuis 4 ans une douleur vague, récurrente dans la partie inférieure de l'abdomen. Pouls 82 ; T. 37°,7 C. Pas de tympanisme, seulement un peu de douleur à droite. Rien au toucher rectal. Jamais ni constipation ni diarrhée. Diagnostic : appendicite.

Opération le 4^e jour après le début de nouveaux accidents. Incision comme pour lier les vaisseaux iliaques. En arrière du cœcum, abcès contenant une cuillerée de pus fécaloïde et un calcul gros comme une fève. Caillot bien organisé sur les muscles, en l'enlevant il y eut une forte hémorrhagie. La cavité fut nettoyée. Appendice court, adhérent, lié et enlevé : il était perforé et ulcéré à son extrémité. Suture de la plaie, drain. Guérison en deux semaines.

Obs. 27. — Parrot Bull. Soc. Anat., p. 54, 1855.

A., 24 ans. Tumeur dans fosse iliaque droite, datant de 12 ans. Il y a un an, suppuration. Incision. Fistule du fond de laquelle on retire une épingle incrustée de sels calcaires. Péritonite. Mort. Autopsie : péritonite généralisée. Perforation de l'appendice, au niveau du trajet fistuleux.

Obs. 28. — Péter. Arch. génér. de méd., t. VI, p. 333, 1855.

Tumeur à l'hypogastre datant de 12 ans, abcédée depuis 18 mois et restée fistuleuse. Extraction d'une épingle de 4^m entourée de matières fécales durcies. Péritonite. Mort. Autopsie : péritonite généralisée, à la suite d'un abcès récent au voisinage de l'appendice. Celui-ci perforé et communiquant avec la fistule.

OPÉRATIONS PRÉCOCES SANS LÉSIONS DE VOISINAGE.

Obs. 29. — Dalton, cité par Talamon. Méd. Moderne, p. 838, 1890.

H., 33 ans, pris brusquement d'une violente douleur abdominale qu'il localisait à l'ombilic. Diagnostic : appendicite.

Le lendemain, 24 heures après le début, opération; T. 38°8, p. 116, douleur intense et continue.

Incision semi-lunaire de 3 pouces. Appendice parallèle à la paroi externe du cœcum et lui adhérent, de la base à la pointe, par un très-court méso. Il était bleu-noirâtre, presque noir, distendu, gros comme le petit doigt. Pas de trace d'inflammation. Ligature, section, cautérisation au thermocautère de l'appendice près de son attache cœcale. L'appendice n'était pas perforé; il renfermait une concrétion fécale très dure flottant dans un liquide purulent. Guérison rapide.

Obs. 30. — Briddon. New-York Med. Journ., p. 164, 1890.

F., 34 ans, douleur subite à l'épigastre d'abord généralisée puis localisée à l'appendice de plus en plus douloureux, s'accroissant à la pression. T. 101°. Pouls 120. Diagnostic : appendicite.

Opération le lendemain à minuit. Ether. Incision de Langenbuch longue de 6 pouces. Appendice faisant un angle aigu et couché derrière le cœcum et renfermant en son milieu un corps étranger au-dessous duquel l'organe est dilaté. Section et ablation en totalité de l'appendice. Drainage. Guérison.

Obs. 31. — Mac-Burney. New-York Med. Journ., p. 611, T. 52, 1890.

Appendice récemment enlevé dans lequel il y avait une plaque de sphacèle entourée de tissu sain. L'appendice renfermait une petite concrétion fécale qui avait probablement causé l'irritation de la muqueuse, l'étranglement des vaisseaux et la gangrène consécutive.

Obs. 32. — Id. Eod. loc., p. 329, 1890.

H., 24 ans. Début par un point de côté à droite. Constipation. Puis, le lendemain, douleur et petite tuméfaction profonde au-dessous de l'épine iliaque antéro supérieure droite.

Opération 26 heures après le début. Pas d'adhérences intestinales. Appendice dirigé en avant et à droite, non perforé. Ligature du méso et de l'appendice lui-même, section et ablation. Il était rempli de calculs fécaux avec un peu de catarrhe de la muqueuse. Ni lavage ni drain, suture complète de la plaie. Pansement iodoformé. Guérison moins d'un mois après.

Obs. 33. — Murray. New-York med. Journ., T. 54, 1891.

Enfant 11 ans. Symptômes typiques, mais pas ceux d'une forme grave. Opération 14 heures après le début des accidents. Appendice distendu. Pas d'adhérences, sauf quelques-unes vers sa base, qui était entièrement gangrénée : il renfermait un calcul fécal. L'appendice renfermait aussi une once de liquide noirâtre qui, peu d'heures après, se serait répandu dans la cavité abdominale.

Obs. 34. — Mac-Burney, New-York med. Journ., p. 681, T. 50, 1889, obs. n° IV.

F., 25 ans. Souffrant depuis deux ou trois semaines d'une douleur dans la fosse iliaque droite, ce qui ne l'empêchait pas de se promener. Le 18 juin 1889, douleur vive dans tout le ventre avec maximum à l'épigastre ; nausées. Diagnostic : appendicite.

Opération le lendemain. Incision ordinaire. Appendice presque gangréné, gros comme le médius, situé près de l'extrémité du colon, pas perforé mais contenant deux calculs fécaux. Ablation de l'appendice après ligature. Lavage au sublimé à 1/1000, poudre d'iodoforme sur les parties voisines ; gaze et drain, suture incomplète.

Les deux jours suivants, un peu de tympanisme, puis selles abondantes. Guérison sans autres incidents.

Obs. 35. — Id., Eod. loc., p. 184.

Garçon, 15 ans. Opération à la quarantième heure du mal, après une température élevée et des symptômes très menaçants. L'appendice très malade renfermait deux grosses concrétions et fut enlevé. Chute de la température le lendemain à 99, puis elle redevient normale. Malade convalescent.

Obs. 36. — Worcester. Boston med. and Surg. Journ., p. 98, T. 122, 1890.

Enfant 13 ans. Fièvre la nuit du 12 Juin 1889. Le lendemain vomissements, douleur à droite. Cinquante-six heures après le début, abdomen distendu, douloureux. Après anesthésie : matité et tuméfaction dans la fosse iliaque droite.

Opération aussitôt : incision de 3 pouces dans l'espace semi lunaire droit, pus à l'ouverture, épiploon sphacélé enroulé autour de l'appendice. Le tiers de l'appendice cœcal était rouge ; les deux tiers distaux étaient gangrénés, et au commencement de cette portion, plusieurs calculs gros comme un pois. Appendice et épiploon furent réséqués après ligature au catgut. Lavage abdominal à l'eau bouillie, drain.

Longue convalescence. Matières fécales sortant par la plaie. Fistule fécale persiste, mais n'empêche pas l'enfant de vaquer à ses occupations.

Obs. 37. — Mac-Burney. New-York med. Rec. 16 avril 1892, n° IV.

H..., 56 ans, pris brusquement de nausées, vomissements, douleur abdominale généralisée, puis localisée à droite, rigidité abdominale. T. 100 à 102° 5.

Diagnostic : gangrène aiguë de l'appendice avec perforation.

Opération, 27 heures après le début. Grande incision lombaire, appendice situé au côté externe du colon ascendant, dans la région lombaire, courbé en S, long de 5 pouces, distendu, gros comme un pouce d'adulte. Il était tout à fait gangréné, mais non perforé ; ablation difficile après ligature, cautérisation du moignon. Le processus renfermait des matières fécales molles. Éponges pour nettoyer la cavité, gaze iodoformée, pas de drain. Guérison sans incidents 45 jours après l'opération.

ABCÈS LOCALISÉS

Obs. 38, inédite, due à la complaisance de M. Kirmisson. Prise par M. Isidor, interne du service.

J. H., 14 ans, est entré le 6 février 1893 dans le service de M. Hutinel, se plaignant de maux de gorge depuis quelques jours. En examinant le pharynx, on remarque de l'amygdalite, une petite vésicule d'herpès sur l'amygdale gauche et de l'adénopathie cervicale. La température atteignait le 6 au soir 39° 2, le 7 au matin 38° 3.

Traitement, sulfate de quinine 0 gr. 60.

Le 8 février. — Le malade est pris d'une diarrhée abondante, de vomissements, en même temps la température monte, à 3 heures de l'après-midi, à 41° 2, redescendant le même soir à 38°, à 8 heures du soir.

Le 9 février. — Les vomissements deviennent abondants, prennent une coloration verdâtre, la diarrhée, très-abondante également, est jaunâtre. Douleur superficielle à la pression de l'abdomen. Pouls 116, petit et mou, faciès un peu grippé. T. 39° 4 matin, 38° 6 le soir.

Traitement, glace sur le ventre, 0 gr. 10 centigr. d'extract thébaïque, deux injections de 6 milligrammes de morphine chacune.

10 février. — Les vomissements verdâtres persistent pendant la nuit, accompagnés de douleurs abdominales assez vives. Langue sèche. Le faciès est bon, la constipation a succédé à la diarrhée. La température, tombée le matin à 37° 6, atteint le soir 38° 4. Même traitement.

11 février. — Deux vomissements la veille, deux selles. Ventre un peu ballonné, douloureux dans la fosse iliaque droite avec empatement de la région cœcale. Opium 0 gr. 15 centigr., deux injections de morphine. La température retombe, à partir de ce moment, aux environs de 37°.

12 février. — Les vomissements ont diminué, cessant même complètement le 13 février. En même temps apparaît aux lèvres et au nez une abondante éruption de vésicules d'herpès. Le pouls est petit, 84. La sensibilité du ventre a beaucoup diminué. Pas d'empatement net ou de tumeurs dans la région cœcale. Malgré la continuation des 15 centigr. d'opium et des deux injections de morphine, la malade a eu trois selles.

14 février. — Deux selles, vomissements verdâtres mais peu abondants. Le ventre est ballonné, sensible à la palpation profonde. Pas de zone de matité dans la région cœcale. Pouls 96, assez fort. Même traitement, plus potion de Todd, lait et bouillon.

15 février. — Vomissements porracés abondants, ventre ballonné mais peu douloureux, soif très-vive. On transporte le malade en chirurgie, dans le service de M. Kirrnisson, salle Giraldds, n° 34.

16 février. — Opération. Chloroforme. Incision de 15 millimètres environ à convexité inféro-externe, commençant un peu au-dessus de la crête iliaque, pour se terminer vers la moitié de l'arcade de Fallope. Section des muscles sur la sonde cannelée, mise à nu du fascia transversalis. Au moment où les doigts se préparent à bien dénuder la face externe du péritoine, celui-ci se crève brusquement et donne issue à une grande quantité de pus d'odeur fécaloïde. Plusieurs anses intestinales font saillie dans la profondeur de la plaie, elles sont maintenues à l'aide de compresses aseptiques. On arrive ainsi à circonscrire le cœcum rouge et dont la face externe est ulcérée en un point. En faisant des recherches pour découvrir l'appendice, on rencontre un petit haricot qui s'était échappé par une perforation. Dès lors, on se met à la recherche de l'appendice perforé, on le découvre dans la partie inférieure de la fosse iliaque, appliqué au côté interne du cœcum, recourbé sur lui-même et maintenu en place par des adhérences solides. Après l'avoir isolé de bas en haut, on l'excise en jetant une ligature sur son pédicule, le foyer est lavé à l'eau boricuée tiède. Deux drains adossés en canon de fusil sont placés dans sa portion le plus déclive qui s'avance en arrière du cœcum jusque dans la fosse lombaire. Suture de l'aponévrose et des muscles au catgut, suture de la peau au crin de Florence. Pansement à la gaze iodoformée.

On prescrit ensuite du champagne, glace, lait glacé. Cinq pilules de 0 gr. 01 centigr. d'extraît thébaïque. Le soir, le malade est agité, T, 38°5; on donne de nouveau 4 pilules; la nuit est meilleure.

17 février. — T. 37°8, Pouls, 86. Aspect général meilleur. Le malade, qui, depuis l'opération, avait été constipé, a eu dans la journée plusieurs selles diarrhéiques. Le soir, légère crise douloureuse. Pas de vomissements. 0 gr. 04 centigr. d'extrait thébaïque dans la journée, autant la nuit.

18 février. — Pouls plein, T. 37°2, langue bonne, 2 selles. On refait le pansement, des matières fécales s'écoulent par la plaie. Dans la journée, deux vomissements légèrement verdâtres. 0 gr. 09 d'extrait thébaïque dans les 24 heures.

19 février. — L'état général reste stationnaire. Un vomissement légèrement porracé dans la journée. Le soir, état général meilleur. Même traitement.

20 février. — Etat général meilleur. Plus de vomissements, langue bonne. On diminue l'opium.

22 février. — Les drains sont retirés et diminués. Sous l'influence de la fistule stercorale qui s'est formée, les sutures lâchent. Le malade commence à manger : un œuf ; le lendemain, il prend une côtelette. L'extrait thébaïque n'a plus été donné qu'à doses de 2 à 3 centigr. jusqu'au 24, puis supprimé.

Les pansements à la gaze iodoformée ou à la vaseline salolée sont refaits 2 fois par jour. L'écoulement stercoral cesse à peu près complètement le 27 février. Le malade est en bonne voie de guérison. L'état général est excellent, l'appétit et les digestions très bonnes.

4 mars. — Les deux lèvres de la plaie sont écartées d'environ 3 centimètres, recouvertes de bourgeons charnus en bonne voie. En un point seulement, la plaie est plus profonde, c'est l'endroit par où passait le drain.

Examen de l'appendice. La portion enlevée présente une longueur de 6 cm., présentant deux petites perforations près de son attache cœcale. Il a la grosseur d'une plume d'oie.

Le pus de l'abcès, examiné au microscope, était une culture pure de *bacterium coli commune*.

Le malade est complètement guéri.

Obs. 39. — Volz. Gazette médicale, 1843.

H...; 34 ans. Mort après s'être plaint de coliques pendant un jour seulement. Autopsie : traces de péritonite localisée, cœcum adhérent. A côté, dans une petite cavité, deux petits calculs gris que l'auteur pense provenir d'une perforation de l'appendice.

Obs. 40. — Hancoeck. Favre, thèse de Paris, 1855.

F..., nouvellement accouchée. Tumeur fosse iliaque droite. Incision, issue d'une grande quantité de pus, au milieu duquel se trouve une concrétion calcaire que l'auteur suppose provenir de l'appendice, guérison.

Obs. 41. — Barth. Bull. Soc. anat., 1855.

H..., 25 ans. Douleur vive dans le ventre. Diagnostic : inflammation du cœcum, puis à la suite d'un écart de régime, accidents de péritonite aiguë. Mort le 6^e jour. Autopsie : péritonite localisée, appendice sectionné. Dans le foyer, 2 boulettes fécales.

Obs. 42. — Joffroy. Bull. Soc. anat., 1869.

Garçon 10 ans. Au début, symptômes typhoïdes, puis douleur brusque dans le flanc droit. Tumeur. Mort un mois et demi après. Autopsie : péritonite suppurée localisée. Appendice perforé par une épingle incrustée de sels calcaires.

Obs. 43. — Marchand. Bull. Soc. de chir., p. 222, 1892.

F..., 45 ans, malade depuis 15 jours. Douleur et tuméfaction dans le flanc droit. Pas de fièvre, bon appétit.

Opération. Incision latérale, ouverture d'un abcès renfermant 7 à 800 grammes de pus fétide. Lavage au sublimé à 1/2000, gaze iodoformée. Issue de matières fécales paraissant venir de l'appendice. Guérison assez rapide.

Obs. 44. — Berger. Soc. de chir., p. 235, 1892.

Garçon 15 ans. Tumeur iliaque, fièvre intense, vomissements. Après traitement médical par M. Faure-Miller, issue par les selles d'une concrétion stercorale très dure, comme une noisette, paraissant venir de l'appendice. Le malade guérit.

Obs. 45. — Jeune garçon. Début par une douleur à droite et par vomissements. Le surlendemain, tympanisme, matité à droite. Pas de douleurs et de vomissements. Diagnostic : péritonite septique par perforation de l'appendice.

Opération le troisième jour. Incision verticale de 4 pouces sur les limites de la région iliaque, prolongée en haut de 3/4 de pouce parallèlement au ligament de Fallope. Issue de pus, péritonite localisée. Appendice perforé ayant laissé échapper deux petites boules fécales. Suture de la perforation, lavage, drainage à la gaze iodoformée. Guérison complète.

Obs. 46. — Fränkel. Berl. klin. Woch., 16 mars 1891.

H., 29 ans. Perforation de l'appendice avec épanchement dans la fosse iliaque droite. Traitement médical pendant 15 jours. Apparition de matité thoracique remontant jusqu'à l'omoplate et de souffle. Ouverture de l'abcès iliaque, puis ponction exploratrice dans le deuxième espace intercostal, donnant du pus fécaloïde. Opération, extraction d'un coprolithe. Deuxième opération: empyème putride. Le malade guérit.

Obs. 47. — Roux, de Lausanne. Rev. médic. de la Suisse Rom., p. 218, 1890.

H., 47 ans. Dyspeptique. Maux de ventre le 13 juin 1889. Symptôme de péritonite généralisée, collapsus, vomissements, ballonnement énorme le 24, disparus le 1^{er} juillet. A ce moment, dans le flanc droit, tumeur circonscrite, fluctuante. Ponction exploratrice blanche.

Opération le 2 juillet. Incision sur l'abcès: évacuation d'un abcès en avant du colon et d'un deuxième abcès en arrière. Irrigation, drainage. Le 30 juillet, encore évacuation d'un abcès. Le 14 août, érysipèle qui s'étend au tronc. Le 30 août, contre-ouverture dans le triangle de Petit. Le 7 septembre, fermeture de la plaie.

Le 21 septembre, le malade sort guéri avec une sangle.

Obs. 48. — Id. Eod. loc.

Garçon 14 ans. Accès il y a 5 ans. Malaise le 16 novembre 1889, puis douleur à droite, tumeur submate, diarrhée.

Le 22. Anesthésie. Tumeur ovoïde le long du Poupart. Cœcum infiltré mais vide. Incision de 15^m. Cœcum rouge, épaissi, infiltré. Abcès entourant l'appendice épaissi, gros comme le petit doigt, accolé au cœcum et remontant en avant et en dehors en une demi-spirale, présentant une fissure et renfermant deux calculs stercoraux. Il fut réséqué et suturé par deux plans de suture. Plaie fermée en partie, tamponnée, drainée. Guérison.

Obs. 49. — Id Eod. loc.

Fillette 8 ans. Début par des maux de ventre après toux. Douleur et submatité dans le flanc droit, avec zone tympanique autour de la tumeur située à droite. T, 38°,7. Le 5^e jour, état général grave.

Opération le 5^e jour. Anesthésie. Incision latérale, infiltration

du fascia transverse. Abscès entre le cœcum et l'épine, pus séreux mélangé de fausses membranes. Appendice perforé renfermant un calcul stercoral : il fut réséqué et suturé. Suture de la paroi abdominale avec tamponnement. Mort quelques heures après l'opération.

Obs. 50. Id. Eod. loc.

Garçon 13 ans, ayant de temps en temps des maux de ventre. Il fait une chute. Le lendemain douleur intense dans tout l'abdomen et apparition d'une tumeur, comme un porte-plume, parallèle au Poupart. Les jours suivants, mieux très notable. Le 6^e jour, tumeur dans le flanc droit, profonde, non fluctuante. Diagnostic : appendicite avec abcès.

Opération : Incision latérale ; appendice gros comme l'index, rouge, perforé, baignant dans le pus, renfermant un calcul. Il fut excisé. Tamponnement et drainage de la plaie. Guérison, 25 jours après l'opération. Issue de liquide brun par la plaie, ce fut le seul accident.

Observ. 51. — Id. Eod. loc.

Garçon 15 ans, souffre dans le ventre après avoir joué la veille. Vomissements. Le lendemain, douleur dans la région iléo-cœcale. Diagnostic, pérityphlite. Traitement médical. Symptômes de péritonite généralisée le 7^e jour. Mort le 18^e jour.

Autopsie : collection purulente renfermant un calcul stercoral, allongé, blanchâtre, sorti de l'appendice.

Observ. 52. Von Mandach. Cor. Bl. f. Schw. Aërzte, 1891.

Garçon 11 ans, tumeur mate et bientôt fluctuante en avant et au dessus de l'épine iliaque. Une ponction exploratrice ramène du pus fécaloïde.

Opération le 18^e jour. Incision comme pour lier les vaisseaux iliaques. Ouverture d'un abcès limité par des anses intestinales agglutinées, et renfermant un calcul fécal ovoïde. Lavage et tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison apyrétique.

Observ. 53. Id. Eod. loc.

Garçon 14 ans. Douleur dans le flanc droit, constipation, fièvre. Après une amélioration, tumeur mate à droite. Le 17^e jour une ponction exploratrice ramène du pus.

Opération aussitôt. Incision 12 cent., abcès gros comme les deux

poings, fécaloïde et calcul fécal. Lavage au sublimé, contre-ouverture en arrière. Tamponnement, suture incomplète de la plaie abdominale. Guérison sans incidents.

Observ. 54. — Roux, de Lausanne. Extrait de la Rev. méd. Suisse Rom., 1892., n° XXXIII.

H., 22 ans. Début brusque par une douleur abdominale, vive à droite. Vomissements alimentaires puis fécaloïdes. Tumeur mate parallèle au ligament de Poupart; matité le long du colon. Péri-typhlite suppurée.

Opération le 7^e jour. Éthérisation. Incision latérale. Infiltration du fascia : l'appendice, complètement névrosé et renfermant un calcul, baigne au milieu du pus. On l'enlève d'un coup de ciseau sans oblitérer l'orifice qui en résulte. Lavage, gaze iodoformée, drain. Guérison 33 jours après. Sangle.

Obs. 55. — Id. Eod. loc., n° XXXIV.

F., 44 ans. Soupçon de typhlite en 1844, depuis douleur cœcale au moment des règles. Début par vomissements. Les jours suivants le cœcum donne la sensation de carton mouillé. Douleur à la flexion de la cuisse. T. 37° 6. Le 7^e jour, tumeur ovoïde, douloureuse au niveau du Poupart.

Opération le 14^e jour. Incision latérale, abcès en dehors et au-dessous du cœcum. Sphacèle total de l'appendice contenant des matières fécales peu dures. Suture de la paroi incomplète, drain, gaze iodoformée. Guérison le 18^e jour. Sangle de Glénard.

Obs. 56. — Id. Eod. loc., n° XXXV.

H., 50 ans. Début par une douleur à droite. Le 5^e jour, tumeur adossée au Poupart, légèrement tympanique. État général bon.

Opération le 7^e jour. Éthérisation. Incision latérale, abcès autour de l'appendice long de 8 cent., gangréné, adhérent, renfermant des matières fécales dures. Résection de l'appendice. Suture. Guérison 30 jours après l'opération.

Obs. 57. — Id. Eod. loc., n° XXXVIII.

Garçon 10 ans. Coqueluche suivie de maux de ventre pendant 3 semaines, puis, après débauche de bonbons, maux de ventre subits, cris et vomissements. Les jours suivants, douleur, vomissements, météorisme, résistance à droite, puis empatement mal limité. Pas de constipation.

Opération le 6^e jour. Incision ordinaire. Derrière le cœcum et le colon, 2 cuillerées de pus glaireux, grumeleux. En arrière du colon, masses dures en chapelets paraissant être des calculs de l'appendice. Lavage à la créoline, drain. Guérison rapide, troublée par des douleurs, du ballonnement, et l'issue de pus par la plaie.

Obs. 58. — Id. Eod. loc., n° XXXIX.

F., 30 ans, habituellement constipée. Indigestion. Vomissements, douleur plus prononcée dans la fosse iliaque droite. Tumeur ovoïde, parallèle au Poupart les jours suivants. Infiltration des parois cœcales et formation d'une grosse tumeur avec exclusion d'une simple stase stercorale.

Opération le 10^e jour. — Ether. Incision oblique. Bouillie sanguinolente en avant du cœcum; en arrière gros calcul muriforme entouré des débris de l'appendice gangréné et baignant dans le pus. Contre-ouverture en arrière. Drain, lavage.

19 jours après, exsudat périutérin, fèces dans la plaie; le 23^e jour, incision d'une collection fécaloïde entre les quatrième et cinquième côtes. — Ensuite incision d'un abcès paramétrique par le cul-de-sac droit. — Malgré ces complications, guérison au bout de 3 mois.

Obs. 59. — Id. Eod. loc., n° XLVI.

H., 42 ans, début par douleurs dans la fosse iliaque droite qui persistent les jours suivants sans ballonnements, avec un peu de résistance à droite sans infiltration du colon. — Diagnostic : appendicite perforée.

Opération le 3^e jour. Incision ordinaire à la cocaïne. Appendice perforé, gangréné, baignant dans le pus contenant un gros calcul mou renfermant des poils. Tamponnement à la gaze iodoformée. Suture incomplète.

Mort le 9^e jour; la T. ne dépasse pas 38°.

Autopsie : mort par embolie pulmonaire d'origine inconnue.

Obs. 60. — Id. Eod. loc., n° XLVII.

H., 22 ans, neurasthénique, habituellement constipé. Accidents analogues après ingestion de bière très froide. L'accident actuel est survenu après un séjour dans l'herbe humide et froide. — Constipation, météorisme, vomissements porracés, teinte subictérique, urine renfermant de l'albumine et de l'indican, douleur dans le flanc droit avec résistance au devant du colon.

Opération : incision latérale oblique; appendice en dehors du cœcum, perforé, renfermant un calcul, baignant dans le pus. On le résèque après ligature. Lavage, drain. — Guérison troublée par la formation d'un exsudat paracystique qui fut vidé par l'anneau inguinal externe.

Obs. 61. — Id. Eod. loc., n° LXXII.

Fillette, 8 ans, constipée. Tousse depuis 8 jours. Douleur à droite, fièvre, rêveries, décubitus dorsal, impossibilité de lever la jambe droite. Tumeur douloureuse le long du Poupart. T. 38°.

Opération le huitième jour. Incision ordinaire. Pus caractéristique dans lequel baigne l'appendice perforé en deux endroits et renfermant un calcul en noyau de datte, blanchâtre. Résection de 6 cm. d'appendice. Toilette ordinaire. Sort guérie environ un mois après.

Obs. 62. — Murray, New-York med. Journ., p. 215, T. 52.

J. H. Diagnostic de pérityphlite. Incision de trois pouces au bord externe du grand droit, ouverture de l'abcès, issue de pus fétide. Dans le pus, un calcul fécal, destruction du bout périphérique de l'appendice. Contre-ouverture en arrière. Drain, gaze iodoformée, sutures partielles. Guérison en 3 semaines.

Obs. 63. — Symonds. Lancet, 1885, I, p. 895.

Pérityphlite adhésive. Incision. Ouverture de l'appendice, extraction d'un calcul qu'il renferme. Suture de l'appendice. Guérison. Trois mois après, réouverture de la plaie; écoulement de mucus pendant 4 semaines, puis guérison définitive.

Obs. 64. — Jacobus. New-York med. Rec., 1889, t. 35, p. 117.

Accidents circonscrits, 4 jours. Laparotomie médiane. Plusieurs poches purulentes qu'on ouvre en rompant les adhérences. Corps étranger: haricot. Drainage. Guérison compromise par l'imprudence du malade, qui s'est levé le sixième jour: rupture de la plaie, issue des viscères.

Obs. 65. — Worner, Bost. med. and. Surg. Journ., p. 404, T. 119, 1888.

H., 59 ans, souffrait depuis 4 semaines dans la fosse iliaque droite. Il est pris de frissons, puis de douleurs vives et de vomissements. Il meurt le lendemain du jour où il a eu des frissons.

Autopsie: colon distendu par des gaz. Abcès autour de l'appendice adhérent aux tissus voisins, augmenté de volume, noir, gros

comme le doigt. Il renfermait des concrétions fécales et était perforé à sa base.

Obs. 66. — Homans. Bost. méd. and surg. Journ., p. 55, 1890, n° VI.

Garçon, 8 ans, malade depuis 6 jours, pris brusquement d'une vive douleur à l'épigastre et à la région iliaque droite, vomissements, constipation. Le 6^e jour, décubitus dorsal, genoux rapprochés du tronc, tympanisme, tuméfaction légère à droite.

Opération le 6^e jour. Incision à 1 pouce en dedans de l'épine il. ant. sup. droite ; évacuation d'une once et demie de pus fétide contenant un calcul fécal gros comme un pois. Lavage. Mort 15 heures après l'opération.

Obs. 67. — Mixter. Boston med. and Surg. J., T. 125, p. 697, 1891.

F., 36 ans. Quatre mois auparavant, enceinte de 7 mois, prise de douleurs abdominales, fièvre ; eut un fœtus mort. Ne se remit pas bien ; la douleur abdominale et les autres symptômes persistèrent : elle resta trois mois couchée, prenant chaque nuit de la morphine.

Ethérisée, on trouve une tumeur mal limitée, s'étendant depuis la fosse iliaque droite jusqu'aux côtes et à la ligne blanche. Rien d'anormal dans le bassin.

Le 24 Septembre 1891. Opération. Incision sur la ligne semi-lunaire ; on trouva une masse dure en dehors du colon ascendant et près du cœcum, un abcès s'ouvrit renfermant deux concrétions dures. De là partait un conduit qui menait à l'extrémité inférieure du rein où était fixée l'extrémité de l'appendice très œdématiée et perforée. Ablation et suture de l'appendice. Gaze iodoformée.

Malgré une bronchite, la malade sortit guérie en moins de cinq semaines.

Observ. 68 — Thacher. N. York med. Rec., p. 472, 23 avril 1892.

H., 17 ans, traité pour hydropneumo-thorax d'origine inconnue. Autopsie: perforation iléo-cœcale : petit calcul fécal, gros comme un noyau de cerise à la partie externe de l'appendice, dans la fosse iliaque ; de là partait une trainée inflammatoire, noire, gangrénée, sentant mauvais et s'étendant jusqu'au rein, au foie, à la colonne vertébrale, à la poitrine. La plèvre droite renfermait une grande quantité de pus fétide.

Observ. 69. — Mac-Burney. Med. News, p. 16, 4 juillet 1891.

Garçon 17 ans, douleur datant de 10 jours dans la région inguinale droite, douleur, résistance, submatité au niveau de la moitié externe du Poupart, sans fluctuation. Diagnostic: appendicite et abcès intra-péritonéal.

Opération le 10^e jour. Incision sur l'abcès qui fut évacué: il renfermait deux petites concrétions; ses parois étaient formées par les intestins agglutinés. Lavage de la cavité, drain, gaze iodoformée.

Observ. 70. — Worcester Boston med. and. surg. Journ., p. 99, 1890, n^o VIII.

H., 22 ans, pris d'une vive douleur dans la région iliaque droite, vomissements fréquents. T. 99 à 103°.

Opération le 3^e jour après le début. Incision de 2 pouces 1/2. Puis à l'ouverture du péritoine: appendice adhérent au cœcum, résection de l'épiploon adhérent à l'appendice après ligature au catgut. Un pouce 1/2 de la partie distale de l'appendice était gangrénée: il fut amputé après ligature du moignon au catgut. Lavage à l'eau bouillie, suture partielle de la plaie avec de la soie, drain.

Guérison le 25^e jour après l'opération. On enleva les fils et le drain le 8^e jour.

Appendice enlevé: surface externe rugueuse, section remplie de calculs fécaux, muqueuse détruite. Infiltration des parois et du méso par des cellules rondes, formant un petit abcès au niveau du méso. Pas de perforation mais extension de l'inflammation.

Obs. 71. — Oppenheimer. Soc. de méd. int. de Berlin, 19 janvier 1891.

Cas de grossesse au cours de laquelle il se produisit un abcès dû à une perforation de l'appendice par un coprolithe. La délivrance eut lieu, l'enfant mourut quelques jours après sa venue au monde et la mère succomba ensuite aux progrès de la maladie.

Obs. 72. — Jastrowitz. Soc. de méd. int. de Berlin, 29 janvier 1891.

F., 28 ans, qui, à l'époque où le choléra régnait en Espagne, tomba malade et présenta tous les symptômes de cette maladie. Elle était dans le collapsus et cyanose: elle avait des vomissements, de la diarrhée, des crampes, etc.; elle ne tarda pas à succomber et à l'autopsie on trouva une perforation de l'appendice vermiculaire produite par un coprolithe de la grosseur d'une datte. Pas de lésions péritonéales, du moins généralisées.

Obs. 73. — Roux, de Lausanne, N° XLII.

F., 67 ans. Douleur dans le flanc droit il y a 6 mois. Douleur et frisson violent. T. 40°, le 26 juin.

Le lendemain opération : Au palper, après éthérisation, résistance à droite, au niveau du Poupart, se prolongeant sur le colon ascendant, empâtement, submatité.

Incision oblique ordinaire. Œdème du fascia. Pus sous le péritoine. Cœcum présente une plaque verdâtre. Appendice dirigé de bas en haut, accolé au cœcum, renfermant un calcul stercoral : il fut réséqué et suturé. Lavage, drain. Les jours suivants cyanose, diarrhée, muguet, faiblesse extrême. Mort le 10 juillet. Rien du côté de l'abdomen.

Obs. 74. — Dyce Duckworth. Sem. médic., p. 211, 1889.

Jeune garçon auquel on avait excisé l'appendice qui renfermait une concrétion. Quelques jours après, symptômes annonçant la formation d'un abcès au voisinage du cœcum. Incision médiane, évacuation d'un abcès mésocœliaque à droite. Guérison sans incidents.

Obs. 75. — Morrant Baker, Sem. médic., p. 211, 1889.

Homme, laparotomie pour obstruction intestinale, abcès dans la fosse iliaque. Le malade commençait à sortir lorsqu'il mourut 6 semaines après d'une péritonite. A l'autopsie, perforation de l'appendice par une épingle.

Obs. 76. — Homans, Boston medic., p. 54, 1890, n° XX.

H., 22 ans, attaque d'appendicite il y a deux ans. Début par une douleur vive et subite dans la fosse iliaque droite. Le septième jour, facies anxieux, tympanisme, douleur à droite, vomissements. T. 101, 3.

Opération le septième jour. Incision latérale, ablation de l'appendice perforé et gangréneux contenant un calcul fécal gros comme une fève. Drain, contre ouverture lombaire. Guérison en sept semaines et demie après l'opération.

Obs. 77. — Mac-Burney. New-York med. Journ., p. 681, T. 50, 1889, n° IV.

F., 18 ans, attaque d'appendicite il y a six ans, depuis deux jours, douleur épigastrique, fièvre, douleur et petite tumeur dans la fosse iliaque droite, puis tympanisme extrême.

Opération le troisième jour. Appendice augmenté de volume,

gros calcul fécal ; fut enlevé après ligature, abcès autour de l'appendice. Guérison sans incidents, vingt-quatre jours après l'opération.

Obs. 78. — Roux, de Lausanne. Obs. LXIX, 1892.

Enfant 6 ans, entérite à l'âge de 4 ans 1/2, constipation habituelle. Pris subitement de maux de ventre puis nausées, vomissements, douleurs dans la région iléo-cœcale et la jambe droite, ballonnement, boudin dans la région cœcale, un peu sonore. Diagnostic: pérityphlite suppurée avec exsudat péricœcal et appendice perforé et recroquevillé.

Opération le onzième jour. — Incision latérale de 5 centimètres, abcès rétro-cœcal, appendice gangréné, perforé à sa base. Irrigation à la créoline, drain, tamponnement, sutures. — Guérison sans autre complication que l'issue de matières fécales.

Obs. 79. — Id. Eod. loc., LXXI.

H., 16 ans, accès il y a deux ans. Début par une douleur au niveau de l'appendice. Voussure dans la fosse iliaque droite. Douleur et matité sur la voussure. Sonorité sur le colon. Diagnostic: appendicite suppurée.

Opération: incision de Max Schiller, épiploon et appendice baigné de pus. L'appendice n'est pas perforé et renferme deux calculs: on le résèque. Drain. — Guérison en un mois environ.

PÉRITONITES GÉNÉRALISÉES OPÉRÉES AVEC SUCCÈS

Obs. 80. — Mac Burney, New-York med. Rec., 16 avril 1892.

F., traitée depuis 24 heures pour péritonite. Extrémités froides, attitude anxieuse, T. 100°. Douleur vive dans la région iléo-cœcale et empatement firent faire le diagnostic : appendicite perforée.

Opération le jour même par Wyeth. Ouverture du péritoine, issue de pus. Appendice allongé, nodulaire, enflammé, contenant un calcul fécal. Au voisinage, exsudats fibrineux, pus gazeux. Ablation de l'appendice après ligature, lavage, drain. — Guérison sans incidents.

Obs. 81. — Max Schüller. Arch. f. Klin. Chir., t. XXXIX, f. 4.

H., 31 ans, habituellement constipé. Début par des vomissements et des douleurs dans la fosse iliaque droite. Malade abattu : ictère. — Diagnostic : péritonite généralisée par perforation de l'appendice ou invagination.

Opération le 2^e jour : incision médiane. Péritonite généralisée, anses intestinales rouges; ablation de l'appendice perforé plein de calculs; suture du moignon. — Guérison en 20 jours.

Obs. 82. — Frank Hartley. N.-York med. Journ., t. 50, p. 685, 1889.

Garçon, 15 ans. Pendant 8 jours, vives douleurs abdominales généralisées puis localisées dans la fosse iliaque droite. Pas de fièvre, insomnies, sueurs froides, anorexie. On crut à une fièvre typhoïde. — Le 14^e jour, pas de tumeur distincte à droite, tuméfaction douloureuse perçue par le rectum.

Opération le 14^e jour. Péritonite généralisée, appendice perforé dans un abcès mésentérique contenant du pus fétide et gazeux et des calculs fécaux. On l'enleva. Contre-ouverture dans la région lombaire. Drain. — Guérison en 5 mois.

Obs. 83. — Stimson, N.-York med. Journ, t. 53, p. 314, 1891.

H., 18 ans, douleurs abdominales intenses, surtout à droite, abdomen tendu, sonore.

Opération le troisième jour. — Intestins injectés et recouverts d'exsudats fibrineux et de pus. Appendice injecté, perforé, corps étranger fut lié et enlevé.

Obs. 84. — Id. Eod. loc., p. 452, t. 52, 1890.

F., 35 ans, enceinte de trois mois, prise brusquement de douleurs abdominales à droite, au point de Mac-Burney, extension de la jambe droite très pénible. Perte de sang et empâtement sur le côté droit du vagin firent croire à une grossesse extra-utérine rompue. Abdomen rigide. Diagnostic de Stimson: péritonite aiguë.

Opération le lendemain. — Laparatomie médiane, issue de sérosité trouble. Appendice congestionné renfermant des matières fécales fut enlevé. Il adhéra à l'ovaire droit et était perforé à ce niveau. — Guérison sans incidents.

Obs. 85. — Nancrède. Philad. Acad. Surgery, 1^{er} octobre 1888.

F., 17 ans. Après un effort, douleur vive dans la fosse iliaque droite, vomissements, superpurgation qui firent croire au choléra. Apaisement des symptômes, puis douleur à droite, fièvre, empâtement de la fosse iliaque droite, rétraction de la cuisse.

Laparatomie 48 heures après le début: péritonite avec flot de pus, surtout autour de l'appendice contenant un calcul et présentant une petite tache brunâtre. Ablation de l'appendice.

Obs. 86. — Allingham. Soc. clinique de Londres, 13 février 1891.

Garçon, 15 ans. Douleurs violentes sous-ombilicales graves.

Laparatomie médiane exploratrice; sortie de pus par la plaie. Excision après ligature de l'appendice perforé, et auprès de lui deux concrétions. Lavage du péritoine. Drain. — Guérison complète.

Obs. 87. — Gérard-Marchant. Bull. Soc. Chir., p. 581, 1892.

Enfant, 12 ans 1/2. Le troisième jour, dyspnée, agitation, facies grippé, ballonnement du ventre. Pouls, 90. Température, 37° 4.

Laparotomie médiane le troisième jour. — Liquide séreux, gris sale, d'odeur fécaloïde, fausses membranes sur l'intestin, puis dans le bassin. Résection de l'appendice perforé, renfermant un calcul fécal. Toilette du péritoine avec des éponges, suture des parois abdominales, pas de drain.

Guérison, sans autres incidents qu'une élévation de température qui s'abaissa après une réouverture de la plaie et l'issue d'un demi-verre de pus.

Obs. 88. — Régnier (de Nancy). Soc. de chir., p. 125, 1892. H., 22 ans, pris brusquement, après son repas, de vomissements, douleurs dans le flanc droit, constipation qui cède à un purgatif. Le septième jour, hoquets, vomissements, tympanisme, douleur, t. 36°4, extrémités refroidies.

Laparatomie médiane. Adhérences et pus surtout à droite. Incision latérale droite qui est réunie par une troisième incision horizontale à la première : ablation de l'appendice, corps étranger qui rentre dans le cœcum, pas de perforation, lavage, drain, suture incomplète. — Guérison.

Obs. 89. — Kibler. N. York. Med. Rec., p. 633, juin 1888. H., 16 ans, constipation, frissons, douleurs dans la région inguinale droite, s'irradiant dans le rein et le testicule. Bientôt signes de péritonite généralisée.

Opération. Incision au dessus du Poupart, issue de cinq pintes de pus fétide, lavage au sublimé. Appendice perforé, renfermant des grains de raisin. Sutures, drain. — Guérison.

PÉRITONITES GÉNÉRALISÉES OPÉRÉES SANS SUCCÈS

Obs. 90, inédite, due à l'obligeance de M. Routier.

Appendicite suppurée. Laparotomie.

F., 38 ans. Le Docteur Guyot me prie de voir dans son service une malade entrée d'avant-hier pour signes d'occlusion. Prise brusquement le 10 avril 1892 de vomissements sans douleur, est purgée puis entre à l'hôpital.

Quand je la vois, signes manifestes de péritonite généralisée, vomissements porracés, poulx filiforme, ventre ballonné. Est allée à la selle ce matin.

15 avril. Anesthésie. Laparotomie. Section de l'abdomen très saignante, liquide bouillon sale avec fausses membranes verdâtres; plaques verdâtres sur plusieurs anses.

Du côté du cœcum, mais haut, vers le rein, foyer purulent, je ramène un petit calcul stercoral et je suis l'appendice que j'amène mal.

Seconde incision dans le psoas iliaque, je fais sortir l'appendice contourné par son méso trop court et perforé. Lavages. Fermeture de la plaie de laparotomie et bourrage à l'iodoforme de la fosse iliaque.

Morte le soir.

Obs. 91. — Appendicite perforante. Péritonite purulente. Laparotomie. Mort. — Due à l'obligeance de M. Routier. Inédite.

Garçon, 11 ans, bien portant, pris dans la nuit de lundi à mardi (1-2 août), de vomissements et de douleurs de ventre qui ont continué.

Vu par M. D'Heilly hier, vendredi 5 août.

6 août 1892. — L'enfant paraît fatigué, le poulx petit, la langue large; il vient d'avoir des vomissements porracés. Ventre ballonné,

sonore partout, peut-être moins à droite, où la douleur est plus vive; pas de gaz, pas de matières: il aurait rendu quelques matières en diarrhée mercredi.

Il a à droite une hernie réductible. Les deux testicules sont cachés.

Le soir, à 4 h. 1/2. — Anesthésie par le Dr Nutte et le Dr Desjorges. Je sens plus de rémittence à droite. Incision médiane: il vient du liquide bouillon sale, puis du pus quand j'arrive sur le foyer à droite, où je sens l'appendice. Incision latérale; je résèque l'appendice, qui est perforé à son extrémité au milieu d'une plaque de sphacèle et dans lequel il y a une boulette stercorale comme un pépin de citron.

Nettoyage du péritoine avec des éponges, mais les anses sont tapissées d'un vert épais.

Mort à 11 heures du soir.

Observ. 92. — Due à l'obligeance de M. Routier. Inédite. Occlusion intestinale. Appendicite perforante.

R., boulanger, 58 ans. Bonne santé habituelle sans forte constipation.

Le 10 février 1893, se sentant un peu resserré depuis quelques jours, il prend une bouteille de Janos qui provoque des garde-robes liquides, noirâtres. N'a jamais fait de sang.

Le 11 finit sa purgation.

Le 12 se trouve plus mal, souffre à droite, dans le ventre.

Le 13 appelle le Dr Piot qui palpe le ventre et prescrit de l'huile de ricin pour le matin; depuis hier dimanche, ni matières ni gaz.

14. Ce soir, 120 pulsations, respiration gênée, n'a pas vomi, langue humide, pas de selles, pas de gaz, urines rares, ampoule rectale dilatée sans rien d'appréciable. M. Routier craint un néoplasme cœcal, il conseille un lavement électrique et si résultat négatif, laparotomie.

15. État plus grave.

Anesthésie. Incision latérale. M. Routier trouve un foyer séropurulent, appendice gros comme une saucisse, replié sur lui-même, perforé 4 fois, il y a à côté quatre noyaux fécaux comme des noyaux de dattes.

Ouverture de l'intestin grêle presque gangréné.

Mort dans la nuit, collapsus. Pas d'autopsie.

Obs. 93. — Gay. Boston. Med. and Surg. Journ., 11 déc. 1890.

H., 40 ans, pris de douleurs abdominales peu vives quelques heures après avoir mangé du homard en boîte. Le lendemain, abdomen légèrement distendu, pas d'émission de gaz; dans la région iliaque droite, espace de deux pouces très-douloureux.

Le troisième jour, incision au niveau du point douloureux, fétide, intestins adhérents, appendice élargi et perforé. Un stylet introduit dans l'appendice y rencontre un corps dur, un morceau de soudure long d'un tiers de pouce. L'appendice, qui avait un demi-pouce de diamètre, fut lié et réséqué; suture de la plaie autour d'un drain.

Mort 30 heures après l'opération, de péritonite, le cinquième jour de la maladie.

Obs. 94. — Dodge. Med. News, 3 janvier 1891, p. 4.

H., 25 ans, pris le 26 septembre 1882 de douleur abdominale. Température ne dépasse pas 102°. Douleur à droite puis généralisée à tout l'abdomen. Le septième jour de sa maladie, une piqûre avec une seringue hypodermique ramena du pus. Incision parallèle au Poupart, longue de deux pouces. Drainage. Pas d'amélioration. Mort le douzième jour.

Autopsie: péritonite généralisée, abdomen plein de pus, appendice enflammé, perforé par un calcul fécal.

Obs. 95. — Homans. Bost. Med. and surg. Journ., p. 78, 1890, numéro XVIII.

Garçon, 13 ans, souffrant. Le lendemain abdomen distendu, douloureux, vomissements,

Opération: incision au-dessus et un peu en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure où l'on sentait de la résistance: il sortit un liquide purulent. Lavage au sublimé, drain.

Mort cinq jours après l'opération. Autopsie: appendice gangréné, tout à fait détaché, entouré de pus et près de lui un calcul fécal gros comme un pois.

Obs. 96. — Mac-Burney. New-Y. Med. Journal, p. 719, t. 47, 1888.

H., 26 ans. Douleur légère dans la fosse iliaque droite s'accroissant le lendemain, jour de l'opération. A ce moment, mauvais état général, face pâle. Température, 101°, abdomen distendu, douleur à la pression mais pas de tumeur à l'intérieur de l'épine iliaque.

Opération le troisième jour. — Incision verticale de quatre pouces au niveau de la tête du colon, à deux pouces en dedans de l'ép. il. ant. sup. On tombe sur du pus et sur l'appendice gangréné, perforé, qui fut enlevé et qui renfermait deux vieilles concrétions à facettes plus grosses que l'appendice n'était large, d'où l'auteur conclut à leur développement sur place. Deuxième ouverture médiane pour laver le péritoine: intestins enflammés mais non adhérents. Sutures incomplètes. Drainage. Mort 24 heures après l'opération. Péritonite.

Obs. 97. — Weir. New-York med. Journ., p. 694, T. 50, 1889.

H., jeune médecin, douleur subite dans la fosse iliaque droite, s'accentuant au palper. Opium. T. 102°, puis 100°.

Opération 52 heures après le début. Il fut difficile de contenir les intestins pendant l'opération. Appendice perforé, entouré de pus, contenant un calcul fécal. Lavage de la cavité abdominale souillée par le pus, avec solution salicylée. Mort.

Obs. 98. — Lange. N.-York surg. Soc., 10 décembre 1890.

Enfant 4 ans, indisposé subitement avec légère élévation de température. Le lendemain, aggravation, accélération du pouls et de la respiration, douleur abdominale peu vive, peu de tympanisme.

Opération peut-être vingt-quatre heures après le début; grande quantité de pus ichoreux dans la cavité abdominale; appendice en partie gangréné, perforé en son milieu avec calcul fécal. Mort sept ou huit heures après l'opération.

Obs. 99. — Stimson. N.-York med. Journ., T. 52, p. 452, 1892, N° XX.

H., 28 ans, souffrant depuis deux jours de douleurs abdominales, douleurs plus vives le troisième jour. T. 103°, P. 145. Abdomen tendu, sonore, submatité dans le flanc droit qui est douloureux à la pression.

Opération le cinquième jour. — Plusieurs anses de pus sous le péritoine, pas d'adhérences limitantes. Appendice trois fois perforé, augmenté de volume, fixé par des adhérences, fut enlevé après ligature sur lui et sur son méso. Nettoyage avec éponge, drain, gaze iodoformée. Suture partielle.

Mort deux jours après l'opération. Collection de pus au niveau de l'appendice.

Obs. 100. — Roux, de Lausanne, observation XXXI.

H., 15 ans. — Début par de violents maux de ventre. Les jours suivants vomissements, fièvre, constipation. Le cinquième jour, T. 37°2. P. 136, petit. Facies grippé, pâleur, cyanose, extrémités froides, flexion des cuisses, abdomen peu ballonné, très douloureux. Péritonite généralisée.

Opération. Pas de narcose. Ouverture de 6 m. au niveau de l'appendice. Pus clair, blanchâtre entre les anses intestinales. Appendice gangréné, perforé à ses deux extrémités. Matières fécales et calculs stercoraux dans le voisinage. Drainage, lavage. Mort le matin.

Autopsie : péritonite généralisée.

Obs. 101. — Von Mandach. Corr. bl. f. schw. Aerzte, 1891.

Fillette, quatre ans et demi. Prise brusquement de violentes douleurs abdominales, puis deux jours après, fièvre et vomissements verdâtres. Ni matité, ni tumeur.

Laparotomie médiane deux jours et demi après. Péritonite généralisée, à pus crémeux, fécaloïde. Appendice perforé avec coprolithe. Amputation et ligature de l'appendice. Mort sept heures après dans le collapsus.

Obs. 102. — Delorme. Soc. de chir., p. 258, 1892.

Soldat, péritonite généralisée par perforation. Six jours après le début, opération, incision sur le bord externe du muscle droit. Péritonite généralisée. Appendice entouré de pus, rouge, perforé, contenant un calcul stercoral gros comme un pois. Mort vingt-quatre heures après.

Obs. 103. — Schwartz. Soc. de chir., p. 638., 1890.

F. ans. Début par des douleurs abdominales très vives, ballonnement, hoquet, vomissements verdâtres. Le cinquième jour ictère généralisé. Ni empatement, ni fluctuation dans la fosse iliaque droite. La fosse iliaque gauche est très douloureuse. Péritonite généralisée de cause inconnue.

Laparotomie médiane. Anses intestinales agglutinées à gauche. Poche purulente renfermant deux pépins de citron dans la fosse iliaque droite. Seconde incision au niveau de l'appendice qui est détruit à son extrémité. Il est lié et enlevé. Lavage du péritoine. Suture de la plaie médiane. Tamponnement de la plaie latérale. Mort dans la journée.

Obs. 104. — Berger, Soc. de chir., p. 614, 1890.

H., 18 ans, ayant eu une attaque de pérityphlite il y a deux ans et demi. Douleurs abdominales avec maximum à droite, au niveau du cœcum, zone empâtée et mate, température élevée, miction difficile. Les jours suivants : hoquets, vomissements, pouls petit et fréquent, facies grippé, ventre douloureux et ballonné.

Opération le 5^e jour. Incision pour lier l'iliaque externe. Foyer purulent circonscrit au fond duquel concrétion stercorale venant de l'appendice qui ne put être enlevé. Nettoyage du foyer.

Mort le lendemain. Autopsie : appendice perforé à 1 centimètre de sa base. Péritonite purulente généralisée.

Obs. 105. — Id. Eod. loc., p. 612.

H., 16 ans. Douleur vive et brusque dans le flanc droit s'étendant ensuite à tout l'abdomen. Vomissements fécaloïdes, pas d'émissions gazeuses ou autres par l'anus. — Le 4^e jour ventre tendu, sonore, douloureux surtout à droite, où il y avait un empatement. Extrémités froides. — Diagnostic : péritonite par perforation due à une appendicite ou pérityphlite.

Opération. Incision de 10 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope. Excision de l'appendice, perforé au ras du cœcum et baignant dans le pus, contenant un calcul stercoral très dur.

Mort le lendemain.

Obs. 106. — Ed. Blanc. Lyon médic., 5 décembre 1886.

H., 40 ans. Symptômes d'occlusion intestinale.

Laparotomie le 5^e jour. Péritonite purulente. Mort dans la nuit. — Autopsie. Péritonite purulente généralisée. Pas d'occlusion. Appendice et cœcum en partie gangrénés. Dans la cavité de l'appendice, trois concrétions fécales.

Obs. 107. — Bloch. Journ. de Clin. et Thérap., 1889.

Garçon, 11 ans. Après un repas, douleur vive dans le ventre. On croit à une indigestion, bientôt signes de péritonite. — Diagnostic : péritonite par perforation probablement de l'appendice.

Laparotomie par Chaput. Résection de l'appendice : péritonite suppurée avec perforation de l'appendice par calcul stercoral. — Mort neuf heures après l'opération.

Obs. 108. — Polaillon. Union médic., 1883.

F., 19 ans. Symptômes d'occlusion intestinale et péritonite.

Laparatomie. Péritonite purulente. Anus contre nature. — Mort dix heures après l'opération. — Autopsie : péritonite purulente généralisée et appendice perforé au-dessus d'un haricot cru.

Obs. 109. — Chaput. Bull. Soc. anat., 1882.

Symptôme d'étranglement interne.

Laparatomie par M. Lefort au 10^e jour. Mort 15 minutes après l'opération. — Autopsie : péritonite purulente généralisée, appendice perforé, concrétion fécale.

Obs. 110. — Gerster. New-York med. Journ., T. 52, p. 6, 1890.

H., 46 ans, amygdalite, deux jours après, douleur dans la région cœcale. Météorisme, douleur iléo-cœcale, pas de tumeur, un vomissement.

Opération le cinquième jour. Incision de Mac-Burney. Péritoine rempli de sérosité louche, épiploon adhérent au cœcum. Vaste abcès mésocœliaque derrière le cœcum. Perforation de la base de l'appendice, trois calculs fécaux. Ablation de l'appendice après ligature. Ouverture et drainage de deux autres abcès, l'un sur la ligne médiane et l'autre dans le cul-de-sac de Douglas. — Mort neuf heures après l'opération. — Autopsie : trois nouveaux abcès dont l'un derrière le foie.

PÉRITONITES GÉNÉRALISÉES NON OPÉRÉES. MORTS

Observ. 111. Gay. Bost. med., 11 Déc. 1890.

Enfant : douleurs abdominales à droite, vomissements, constipation, délire. Mort en 6 jours. Autopsie : péritonite généralisée, appendice perforé contenant deux concrétions fécales.

Observ. 112. Wiggin. New-York med. Rec., 23 Janvier 1892.

F., 25 ans, constipée; pas réglée depuis 3 mois, vomissements. La constipation cède aux lavements et aux purgatifs, douleur d'abord au point de Mac-Burney puis au niveau de l'ovaire gauche, distension de l'abdomen, rigidité des muscles. T. de 99° à 103°. Diagnostic : perforation de l'appendice. Une opération fut refusée. Mort le 31 avec phénomènes septiques. Autopsie : péritonite généralisée, appendice perforé près du cœcum et à ce niveau gros calcul fécal à couches concentriques. Dans l'utérus, fœtus de trois mois.

Observ. 113. — Homans. Boston med., p. 77, n° XVI, 1890.

F., 40 ans, à la fin de ses règles, douleurs abdominales au niveau du pubis, vomissements, douleurs à la pression dans le cul-de-sac de Douglas. On crut à une cellulite pelvienne. Tympanisme. Pas de tumeur.

Mort le 6^e jour. Péritonite généralisée. Appendice gangréné, perforé, calcul fécal.

Observ. 114. — Id. Eod. loc., n° VI.

F., 18 ans. Début par douleur, vomissements, puis tympanisme et douleur dans la région iliaque droite avec rigidité. Constipation. T. 102°, P. 96.

Mort le 3^e jour, subitement. Appendice gangréné, noyau d'olive dans la cavité péritonéale.

Observ. 115. — Ingals. Eod. loc., p. 558, T. 120, 1889.

Garçon 12 ans, constipé depuis 2 jours. Le 3^e jour, douleur dans la fosse iliaque droite, tumeur haute d'un demi-pouce, longue de 2

pouces, douloureuse. Le 5^e jour, collapsus, vomissements, ponction exploratrice blanche. Mort. Autopsie : intestins congestionnés, quelques adhérences récentes, abcès mésocœliaque périappendiculaire. Appendice 2 fois ulcéré à sa base. Concrétion fécale qui n'avait donné lieu à aucune inflammation.

Observ. 116 — Vickery. Bost. med., p. 39, T. 128, 1888.

H., 54 ans, constipé, vomissements, constipation, tympanisme. Diagnostic : indigestion. Mort le 7^e jour. Autopsie : petite perforation de l'appendice, deux grains de figue. Péritonite généralisée légère, mais pas de typhlite localisée.

Observ. 117 — Coe. N. York med. Journ., p. 272, 1889.

Enfant souvent constipé. Pas de douleurs, quelques vomissements, T. 102°. Les accidents disparaissent, puis l'enfant, en jouant avec ardeur, tombe raide mort. Autopsie : péritonite purulente fétide, perforation de l'appendice, calcul fécal. Jamais de douleurs abdominales, mort 48 heures après le début.

Observ. 118 — Mac-Burney. N. York med. Journ., p. 373, T. 53, 1891.

F., 36 ans, prise d'une violente douleur abdominale. On diagnostique une appendicite. Mac Burney propose une opération qui fut différée. A son retour, symptômes d'une septicémie intense, pas de symptômes d'abcès, sensibilité diminuée. Mort le 6^e jour; opération impossible. T. 101°. Autopsie : péritonite généralisée : 2 calculs dans l'appendice, mais sans lésions de ce dernier. Intestin grêle perforé.

Observ. 119. — Revilliod. Rev. médic. Suisse Romande, p. 380, 1890.

H., 21 ans, sujet aux coliques hépatiques, pris brusquement de violentes douleurs dans le ventre, vomissements bilieux, ictère qui faisait croire à une perforation du cholédoque par un calcul. Mort le 7^e jour. Autopsie : péritonite généralisée, appendice perforé, avec 2 entérolithes. Pas de calcul dans la vésicule et les voies biliaires.

Obs. 120. — Cornaz père. Rev. médic. Suisse Rom., p. 432, 1890.

Jeune homme, pris brusquement de douleurs atroces dans la région iléo-cœcale, vomissements noirâtres. Mort le troisième jour. A l'autopsie, péritonite fibrino-purulente avec adhérences multiples de l'épiploon et des intestins, perforation de l'appendice, calcul fécal qui n'est pas au niveau de la perforation.

Obs. 121. — Routier. Soc. de chir., p. 630, 1890.

H., 23 ans, pris brusquement de douleurs dans l'hypochondre gauche après un repas. On crut à une indigestion. Constipation, ni matières fécales, ni gaz. Symptômes de péritonite et d'obstruction intestinale. Traitement médical, lavement électrique. Enorme débacle, mieux sensible, puis mort. — Autopsie : péritonite purulente généralisée, perforation de l'appendice par un calcul stercoral ayant pour centre un poil.

Obs. 122. — Roux, de Lausanne. Rev. médic. Suisse Romande, 1890.

Garçon, 14 ans, douleurs dans le ventre, avec petite tuméfaction douloureuse dans la fosse iliaque droite, puis, le onzième jour, symptômes de généralisation, facies hippocratique, pouls filant, sueurs, extrémités froides, tympanisme, douleur abdominale généralisée. Mort le douzième jour. — Autopsie : appendice perforé dans un abcès gros comme un œuf, corps calcul blanc. Une perforation de l'abcès conduit dans le péritoine.

Obs. 123. — Maurin. Thèse de Paris.

H., ayant fait un repas plus copieux que de coutume ; début par des coliques et des vomissements, douleur abdominale très vive, ventre rétracté. Le septième jour, nausées, hoquets, selle spontanée, ballonnement du ventre. Mort le neuvième jour. — Autopsie : péritonite généralisée, gangrène et perforation de l'appendice, calcul stercoral.

Obs. 124. — Loomis. New-York med. Rec., p. 472, 23 avril 1892.

Enfant 13 ans, symptômes d'appendicite pendant 6 jours, puis enlevé en 24 heures par une péritonite généralisée. — Autopsie : péritonite généralisée ; abcès circonscrit dans la fosse iliaque droite, calcul fécal, appendice non adhérent, recouverte de fibrine, perforé.

NOTE. — Nos observations étaient primitivement de 171, nous les avons réduites à 124 pour ne garder que les plus récentes. Les autres observations retranchées, se terminaient toutes par la mort suivie d'autopsie.

Vu :

Le Doyen de la Faculté,
BROUARDEL.

Vu par le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

- ASHBY et WELCH. — Journ. of Amer. med. Assoc., p. 965, T. 17, 1891.
- ALLINGHAM. — Soc. clinique de Londres, 23 Février, 9 mars 1891.
- ALDERSON. — Brit. med. Journ., T. 1, p. 246, 1889.
- ARMSTRONG. — Assoc. med. Canad. N.-York. med. Journ., p. 417, T. 52, 1890.
- BAKER. — New-York med. Rec. XVIII, 663, 1880.
- BIGGAM. — Journ. of Amer. med. Assoc., p. 257, T. 18, 27 Février 1892.
- BENOIT. — Thèse de Paris, 1891.
- BULL. — New-York med. Rec., 20 Avril 1890, Boston med. Journ., 1888.
- BILLROTH. — Soc. impériale de Vienne, 27 février 1891.
- BARIÉ. — Revue de Clinique et Thérapeutique, 24 septembre 1890.
- BEYNES. — Thèse de Paris, T. III, n° 192, 1889-90.
- S. BARUCH. — New-York med. Rec., 30 Avril 1892.
- CABOT. — Boston med. and. surg. Journ., p. 121, T. 122, 1890; 24 Juin 1890; n° 3, 1891; p. 533, T. 119, 1888.
- CUTLER. — Boston med. and. surg. Journ. p. 535, T. 120, 1889.
- CLARKE. — British. med. Journ. p. 858, T. 1, 1891.
- DENNIS. — Bost. med. and. surg. Journ. p. 556, T. 122, 1890; med. News. 28 Juin 1890, n° 26.
- DUDLEY ALLEN. — New-York med. Rec., p. 668, 1892.
- W. A. DUME. — Bost. med. p. 556, T. 120, 1889.
- DELORME. — Gaz. des Hôpitaux, p. 502, 1892.
- DYCE DUCKWORTH et LANGTON. — Soc. de méd. et chir. de Londres, Juin 1889.
- Archibald DIXON. — Annals of. Surgery, Juillet 1888.
- DREYFUS-BRISAC. — Gazette hebdomadaire, 18 octobre 1890, p. 493.
- ELLIOTT. — Bost. med. p. 363, 1891; id. p. 499, T. 124; Amer. Journ. of med. Science, p. 556. Juin 1891.
- EINHORN. — Munch. med. Woch. p. 121 et 140, 1891.
- EARLE. — Chicago med. Journ. Février 1876.

- FITZ. — Boston med. p. 619, T. 122, 1890; Amer. Journ. of med. Sc. Octobre 1888; Transact., of. the Assoc. of Amer. Phys. p. 34-39, 1890; New-York med. Journ. 1886.
- GIBNEY. — Amer. Journ. of med. Sc. Janvier 1881, p. 119.
- GERSTER. — New-York med. Journ., p. 6, T. 52, 1890.
- PEARCE GOULD. — Soc. clinique de Londres, 6 Mars 1891.
- HOMANS. — Post. med. 24 juin 1890; p. 54, 77, 109. T. 122, 1890.
- HARTLEY (Frank). — New-York med. Rec. 16 août 1890. New-York med. Journ. T. 50., 1889.
- HOFFMANN. — New-York med. Rec. 18 octobre 1890 et Journ. of med. Assoc. Amer. p. 55, 15 septembre 1888.
- HALL (Richard J.). — New-York med. Journ., p. 177, T. 50, 1889.
- HUME G. — Brit. med. Journ. 11 avril 1891.
- JÉGU. — Médecine moderne, 18 septembre 1890.
- JAUNIN. — Rev. méd. Suisse, Romande 1892.
- KRAFFT. Rev. médic. de la Suisse, Romande 1888 et 1892.
- KOERTE. — Soc. de méd. de Berlin. Sem. médic. p. 239, 1891; Berlin. klin. Woch., 1891.
- KIBLER. — New-York med. Rec. Juin 1888.
- KEEN. — Revue des Sciences médic. p. 245, T. 39, 1891; Philadelphia med. Soc. 28 sept. 1891; New-York med. Journ. T. 53, p. 193, 1891; New-York M. J. p. 471, T. 54, 1891.
- KAMMERER. — New-York med. Journ. T. 55, p. 583, 1892.
- KENNEDY. — New-York med. Journ. p. 630, T. 54, 1891.
- KUMMEL (Hermann). — Arch. f. klin. Chir. 1890. XL, p. 618.
- KINGSTON FOWLER. — Soc. clin. de Londres, 6 mars 1891. Sem. médic. 11 mars 1891.
- LAMOTHE RAMSAY. Journ. of Amer. méd. Assoc. p. 406, T. 12, 1889.
- LUNN WEST London Med. Chir. Soc. Brit. med. Journ. p. 1075, T. 1, 1891.
- LE PORT. — De l'appendicite et de son traitement. Thèse de Lyon, 1^{er} mai 1891.
- LEROUX. — Revue des maladies de l'enfance. Janvier 1891.
- LANGÉ. — New-York med. Journ. T. 53, p. 254, 1891.
- LINK. — New-York med. Journ. T. 53, p. 42. 1892.
- LEJARS. — France médicale, 31 octobre 1890.
- LE BAYON. — Thèse n° 64, T. XIV, Paris 1890-91.
- LUTZ. — Journ. of med. Amer. Assoc. p. 55, 14 janvier 1888.
- MONKS. — Boston med. p. 543. T. 122, 1890.

- MORTON. — Boston med. T. 124, p. 511, 1891 ; Journ. of. Amer. med. Assoc. p. 125, T. 17, 1891 ; id. 1888 et 1889.
- MAREY. — Boston med. T. 124, p. 524, 1891.
- MIXTER. — Boston med. T. 125, p. 697, 709, 1891.
- MURPHY. — New-York med. Rec. 5 Juillet 1890.
- MAC-BURNEY. — New-York med. Rec. p. 469, 1892 ; id. p. 421, 1892 ; New-York med. Journ. p. 719, T. 47, 1888 ; New-York med. Journ. p. 329 et 609, T. 52, 1890 ; id. p. 193, T. 53, 1891 et p. 373 ; p. 384, T. 55, 1892 ; p. 676, T. 50, 1889.
- MAC-ARDLE. — Journ. of. Amer. med. Assoc. p. 406, T. 12, 1889.
- MUSSER. — Journ. of. Amer. med. Assoc. X, p. 69, 1888.
- MAX-FADDEN GASTON. — Journ. of Amer. med. Assoc. 1889.
- MAC-MURTRY. — Revue des sciences médic. p. 228, T. 33 ; Médic. News, 10 Janvier 1891.
- MAYLARD. et NAPIER. — Brit. med. Journ., 9 mai 1891.
- MARTINEZ. — Thèse de Paris, 1891.
- MONKS. — New-York, med. Journ. T. 51, 1890.
- MURRAY. — New-York med. Journ. p. 215, T. 52, 1890 ; id. p. 21, T. 54, 1891.
- MYNTER. — New-York med. Journ. T. 53, p. 173, 1891.
- MEYER. — New-York med. Journ. p. 357, T. 49, 1889.
- MARIAGE LOUIS. — Thèse de Paris, 4 mars 1892.
- MAURIN. — Thèse de Paris, t. XIV, n° 143, 1889-90.
- MILBANK Robert. — New-York med. Journ. p. 211, T. 51, 1890.
- NORMAN BRIDGE. — Boston med. and. surg. Journ. p. 503, T. 122, 1890 ; New-York med. Journ. et medic. News, 24 mai 1890.
- NANCRÈDE. — Philad. Acad. Surgery, 1^{er} Octobre 1888.
- PORTER. — Boston med. and. surg. Journ. n° 14, p. 3 et p. 325, 1891.
- PHILLER HUGO. — Médic. News, 11 avril 1891.
- PEPPER. — Journ. of. Amer. Med. Assoc. 1888.
- PRIDGIN TEALE. — Brit. med Journ. Janvier 1891.
- PHELPS. — New-York med. Journ., p. 610, T. 54, 1891.
- RICHARDSON. — Bost. med. p. 261, T. 126, 1892.
- ROUTIER. — Sem. méd., p. 337, 1891.
- RANSOHOFF. — Journ. of. Amer. med. Assoc. p. 43, Juillet 1888.
- RENNERS. — Berlin. klin. Woch., 23 février 1891.
- ROUX. — Revue médicale de la Suisse Romande, 1890-92 ; congrès de chirurgie, Paris, 22 avril 1892 ; 7 Octobre 1889.

- REVILLIOD. — Rev. médic. Suisse Romande, p. 373, 1892.
- RECLUS. — Revue de chirurgie, Octobre 1890.
- RICARD. — Gazette des Hôpitaux, 7 Février 1891.
- RICHELOT. — Union médic., 4 Nov. 1890.
- SCHAEFER. — New-York med. Rec. p. 22, 5 Juillet 1890.
- SENN. — New-York med. Rec., 17 mai 1890.
- SCOTT. — New-York med. Rec., 23 janvier 1892.
- SUMMERS. — Med. News, 31 oct. 1891, p. 513.
- SPANTON. — Brit. med. Journ., T. 1, p. 126, 1889.
- STEDMAN. — Boston med., T. 119, 1888.
- SMITH (Hollingsworth). — Bost. med., T. 118, p. 530, 1888.
- SCHUELLER. — 18^e congrès de chirurgie de Berlin, Sem. médic., 1889.
- SCHUCHARDT (de Stettin). — Congrès de Berlin, 1890.
- SANDS. — New-York, med. Journ., février 1888.
- B. SUTTON. — Brit. medic. Journ. 1891.
- SONNENBURG. — Soc. de méd. int. de Berlin, 5, 19, 26 janvier, Sem. médic., p. 15, 34, 41, 1891.
- LEWIS. A. STIMSON. — New-York med. Journ., p. 242, 1890; id. p. 132, T. 51, 1890; id. T. 52, p. 246 et 449, 1890; id. p. 314, T. 53, 1891; id. T. 55, p. 158, 1892; id. p. 583, T. 47, 1888.
- SHEPHERD et MAC-DONNELL. — New-York med. Journ., p. 78 et 274, 1890, Société de chirurgie de Paris (Bulletin) 1890-92.
- SIMON (Jules). — Bulletin médic., 9 sept. 1891.
- SCHULLER MAX. — Arch. für klin. chir., t. XXXIX, f. 4.
- THACHER. — N.-York med. Rec. 23 avril 1892.
- TRÈVES. — Soc. médic. chir. de Londres, 11 Juin 1889; Brit. med. Journ. p. 1030, T. 2, 1889; Medico-chir. Transact. 1888; Woods Monographs, août 1891.
- LAWSON TAIT. — Brit. med. Journ., p. 763, T. 2, 1889.
- TUFFIER et HALLION. — Arch. génér. de méd. Sept. 1890.
- TALAMON. — Méd. moderne, 19 Juin, 30 Octobre 1890; Appendicite et Typhlite, collection Debove. Charcot, 1892.
- VICHERY. — Bost. med. and. surg. Journ. p. 39 et 41, T. 118, 1888.
- VOLLERT. — Deut. med. Woch. n° 33, p. 988, 1891.
- VON MANDACH. — Corr. Bl. f. schw. Aerzte. Juin 1891.
- WARREN. — Bost. med. T. 125, p. 36, 63, 84, 1891.
- WHITNEY. — Bost. med., p. 113, T. 125, 1891.
- WIGGIN. — New-York med. Rec. p. 109, 1892.

- R. WEIR. — N.-York med. Rec., 13 Février 1892; N.-York med. Journ.
p. 130, T. 50, 1889; id. p. 77, T. 43, 1887.
- WARNER. — Bost. med., p. 404, T. 119, 1888.
- WHITMANN. — Bost. med. p. 551 et 553, T. 119, 1888.
- WYMAN. — Bost. med., p. 126, T. 119, 1888.
- WORCESTER. — Bost. med., 1890, p. 97, T. 122; 23 Juillet 1891, p. 85.
- WALTHER. — Mercredi Médical, N° 52. 1890.
- WAITZ. — Réunion des méd. de Hambourg, 17 Nov. 1891. Mercredi Médical
p. 606, 1892.
- WYLIE. — N.-York, med. Rec. T. XXXIV, 1888 et 1890.
-

